



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*



THAIS DA SILVA KNEODLER

TECNOLOGIAS SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VOLTADAS À
GESTÃO DO RISCO DE DESASTRES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Rio de Janeiro

2024

THAIS DA SILVA KNEODLER

TECNOLOGIAS SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VOLTADAS À
GESTÃO DO RISCO DE DESASTRES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Volume 1 de 1

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ) como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Tecnologias e inovações nas ações de cuidar, ensinar-aprender e na gestão em Enfermagem e Saúde. Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão de Saúde em Emergências e Desastres – GEPESED/UFRJ.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Barbosa de Oliveira

Rio de Janeiro

2024

CIP - Catalogação na Publicação

K364t Kneodler, Thais da Silva
Tecnologias sociais na atenção primária à saúde voltadas à gestão do risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19 / Thais da Silva Kneodler.
- Rio de Janeiro, 2024.
264 f.

Orientador: Alexandre Barbosa de Oliveira.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

1. Desastres. 2. Tecnologia Culturalmente Apropriada. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. COVID-19. 5. Pandemias. I. Oliveira, Alexandre Barbosa de, orient. II. Título.

THAIS DA SILVA KNEODLER

TECNOLOGIAS SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VOLTADAS À
GESTÃO DO RISCO DE DESASTRES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ) como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Tecnologias e inovações nas ações de cuidar, ensinar-aprender e na gestão em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 05 de junho de 2024.

Banca Examinadora:

Dr. Alexandre Barbosa de Oliveira, Universidade Federal do Rio de Janeiro (Orientador -
Presidente da Banca)

Dr. Miguel Angel Trejo-Rangel, University of Limerick (1º Examinador)

Dr. Leandro Torres Di Gregório, Universidade Federal do Rio de Janeiro (2º Examinador)

Dr. Thiago Augusto Soares Monteiro da Silva, Universidade de Vassouras (3º Examinador)

Dr. Gerson Luiz Marinho, Universidade Federal do Rio de Janeiro (4º Examinador)

Dra. Maria Helena do Nascimento Souza, Universidade Federal do Rio de Janeiro (Suplente)

Dra. Gisele Cristina Manfrini, Universidade Federal de Santa Catarina (Suplente)

*Dedico essa tese ao dono dos meus caminhos,
Rei de Ketu, o Orixá Odé, meu pai Oxóssi!*

Okê Arô!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos ORIXÁS e todos os guias espirituais que me acompanham direta e indiretamente, e que me sustentaram e deram saúde física e mental para ter êxito nessa caminhada.

À minha família, especialmente à minha amiga e esposa Thatyana, que sem ela eu não conseguiria chegar ao fim dessa caminhada, seu apoio e amor foram mais que imprescindíveis para a conclusão dessa grande etapa da minha vida. Obrigada, meu amor! À minha mãe e minha madrinha que mesmo após as perdas tão recentes como a de minha avó, que sempre foi nossa base e me apoiaram na empreitada de sair do emprego e retornar para academia. Ao meu irmão por ser o que é e me inspirar sempre, mesmo sendo mais novo.

À minha avó materna e pai que me inspiram ainda mesmo que já tenham desencarnado. O legado de todos os ensinamentos ficou, assim como a saudade.

Ao meu excelente orientador e amigo, professor Dr Alexandre Barbosa de Oliveira. Um dia eu espero ser tão boa quanto ele, seja no quesito expertise em desastres e na docência, mas como ser humano benevolente e calmo.

Aos membros da Banca Examinadora pelas sugestões e apontamentos que trouxeram um refinamento para o estudo, e foi de grande valia para construção da Tese de Doutorado.

Ao GEPESED-UFRJ que tem membros brilhantes e que em suas reuniões, assim como nas apresentações prévias teve um olhar preciso para a temática da tecnologia social na Gestão do Risco de Desastres. Agradeço muito por conhecer pessoas maravilhosas como a “nossa panelinha de pressão”. Amo vocês!

À parceria das colegas discentes que participaram do edital COVID-19 promovido pela Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, foi muito importante o apoio e amizade durante as disciplinas obrigatórias e eletivas.

Ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro por promover o edital COVID-19 e por trazer oportunidades para o crescimento profissional e acadêmico.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, que fomentou o período inicial do projeto de tese com a bolsa Proex do Edital COVID-19.

À Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), por ter fomentado o período final da presente Tese de Doutorado com a bolsa Faperj Doutorado Nota 10.

Longe das massas populares, em interação apenas com seus livros, o intelectual corre o risco de ganhar uma racionalidade desencarnada, uma compreensão do mundo sem carne.

Paulo Freire

RESUMO

KNEODLER, Thais da Silva. **Tecnologias sociais na Atenção Primária à Saúde voltadas ao desenvolvimento de ações de gestão do risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19.** Projeto de Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2024

As tecnologias sociais são métodos, produtos ou processos que têm impacto social comprovado, são de baixo custo e facilmente reaplicáveis, especialmente em contextos de problemas sociais específicos. Durante a pandemia de COVID-19, problemas crônicos foram exacerbados, levando indivíduos e comunidades a desenvolver práticas inovadoras para enfrentar os desafios impostos por essa crise. Nesse sentido, esta tese tem o objetivo geral de analisar o desenvolvimento de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde em unidades básicas do município do Rio de Janeiro, com enfoque na gestão do risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19. Os objetivos específicos foram: identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da pandemia de COVID-19; descrever os processos de reorganização da atenção primária à saúde e o desenvolvimento de tecnologias sociais para resposta emergencial à pandemia de COVID-19; e discutir o emprego de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde como estratégia de gestão do risco de desastres. O estudo adotou uma abordagem qualitativa e exploratória, a partir da análise de casos múltiplos em quatro unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2021 a junho de 2022, utilizando observação participante, análise documental, entrevistas semiestruturadas e photovoice. Uma revisão de escopo complementou a análise do emprego do conceito de tecnologias sociais em contextos de desastres entre grupos vulneráveis. Os resultados demonstraram vulnerabilidades relacionadas à falta de recursos humanos, insuficiência de equipamentos de proteção individual, limitações na infraestrutura das unidades básicas de saúde e dificuldades na comunicação e coordenação de ações entre diferentes níveis de atenção à saúde. Os processos de reorganização da atenção primária à saúde envolveram a adaptação das práticas assistenciais para garantir a continuidade do cuidado durante a crise sanitária, a criação de novas rotinas de atendimento, a redistribuição de recursos para áreas mais necessitadas e desafios de governança que impactaram negativamente a segurança e efetividade da assistência. A colaboração entre profissionais de saúde e lideranças comunitárias foi estratégica. Ao compartilhar e combinar suas vivências e experiências por meio de uma ecologia de saberes, foi possível criar, desenvolver e implementar tecnologias sociais oportunas. Exemplos dessas tecnologias estruturadas nos territórios durante a pandemia de

COVID-19 incluem agroflorestas, caixas d'água comunitárias, rádios comunitárias, redes sociais e máscaras de tecido. Conclui-se que, em períodos de crise sanitária e social, agravados por desastres ampliados e situações de desassistência, as tecnologias sociais são estratégicas para o desenvolvimento de ações de gestão do risco. A articulação entre saberes locais e profissionais é essencial para a criação de soluções adaptadas às necessidades e vulnerabilidades específicas das comunidades, promovendo resiliência e sustentabilidade no enfrentamento de crises futuras.

Palavras-chave: Tecnologia Culturalmente Apropriada; Pandemias; COVID-19; Atenção Primária à Saúde; Desastres; Vulnerabilidade a Desastres.

ABSTRACT

KNEODLER, Thais da Silva. **Social technologies in Primary Health Care aimed at developing disaster risk management actions in the context of the COVID-19 pandemic.**

Thesis (PhD in Nursing) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2024

Social technologies are methods, products or processes that have a proven social impact, are low-cost and easily reapplied, especially in the context of specific social problems. During the COVID-19 pandemic, chronic problems have been exacerbated, leading individuals and communities to develop innovative practices to face the challenges posed by this crisis. In this sense, this thesis has the general objective of analyzing the development of social technologies within the scope of primary health care in basic units in the municipality of Rio de Janeiro, with a focus on disaster risk management in the context of the COVID-19 pandemic. The specific objectives were: to identify the vulnerabilities involved in the emergency response practiced in basic health units in the context of the COVID-19 pandemic; to describe the processes of reorganization of primary health care and the development of social technologies for emergency response to the COVID-19 pandemic; and to discuss the use of social technologies in primary health care as a disaster risk management strategy. The study adopted a qualitative and exploratory approach, based on the analysis of multiple cases in four basic health units in the municipality of Rio de Janeiro. Data collection took place between August 2021 and June 2022, using participant observation, document analysis, semi-structured interviews and photovoice. A scoping review complemented the analysis of the use of the concept of social technologies in disaster contexts among vulnerable groups. The results showed vulnerabilities related to a lack of human resources, insufficient personal protective equipment, limitations in the infrastructure of basic health units and difficulties in communicating and coordinating actions between different levels of health care. The processes of reorganizing primary health care involved adapting care practices to ensure continuity of care during the health crisis, creating new care routines, redistributing resources to areas most in need and governance challenges that had a negative impact on the safety and effectiveness of care. Collaboration between health professionals and community leaders was strategic. By sharing and combining their experiences through an ecology of knowledge, they have been able to create, develop and implement timely social technologies. Examples of these technologies structured in the territories during the COVID-19 pandemic include agroforestry, community water tanks, community radios, social networks and fabric masks. It can be concluded that in times of health and social crisis, aggravated by widespread disasters and situations of lack of assistance, social technologies are

strategic for the development of risk management actions. The articulation between local and professional knowledge is essential for creating solutions adapted to the specific needs and vulnerabilities of communities, promoting resilience and sustainability in facing future crises.

Keywords: Culturally Appropriate Technology; Pandemics; COVID-19; Primary Health Care; Disasters.

RESUMEN

KNEODLER, Thais da Silva. **Tecnologías sociales en Atención Primaria de Salud para el desarrollo de acciones de gestión del riesgo de catástrofes en el contexto de la pandemia COVID-19.** Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2024

Las tecnologías sociales son métodos, productos o procesos que tienen una repercusión social demostrada, son de bajo coste y de fácil reaplicación, especialmente en el contexto de problemas sociales específicos. Durante la pandemia del COVID-19, los problemas crónicos se han exacerbado, lo que ha llevado a individuos y comunidades a desarrollar prácticas innovadoras para hacer frente a los retos planteados por esta crisis. Teniendo esto en cuenta, el objetivo general de esta tesis es analizar el desarrollo de las tecnologías sociales en el ámbito de la atención primaria de salud en las unidades básicas del municipio de Río de Janeiro, con un enfoque en la gestión de riesgos de desastres en el contexto de la pandemia COVID-19. Los objetivos específicos fueron: identificar las vulnerabilidades involucradas en la respuesta de emergencia practicada en las unidades de atención primaria de salud en el contexto de la pandemia COVID-19; describir los procesos de reorganización de la atención primaria de salud y el desarrollo de tecnologías sociales para la respuesta de emergencia a la pandemia COVID-19; y discutir el uso de tecnologías sociales en la atención primaria de salud como estrategia de gestión de riesgo de desastres. El estudio adoptó un enfoque cualitativo y exploratorio, basado en el análisis de casos múltiples en cuatro unidades básicas de salud del municipio de Río de Janeiro. La recolección de datos se realizó entre agosto de 2021 y junio de 2022, mediante observación participante, análisis de documentos, entrevistas semiestructuradas y fotovoz. Una revisión del alcance complementó el análisis del uso del concepto de tecnologías sociales en contextos de catástrofe entre los grupos vulnerables. Los resultados mostraron vulnerabilidades relacionadas con la falta de recursos humanos, insuficiencia de equipos de protección personal, limitaciones en la infraestructura de las unidades básicas de salud y dificultades en la comunicación y coordinación de acciones entre los diferentes niveles de atención sanitaria. Los procesos de reorganización de la atención primaria implicaron la adaptación de las prácticas asistenciales para garantizar la continuidad de la atención durante la crisis sanitaria, la creación de nuevas rutinas asistenciales, la redistribución de los recursos hacia las zonas más necesitadas y retos de gobernanza que repercutieron negativamente en la seguridad y la eficacia de la atención. La colaboración entre profesionales sanitarios y líderes comunitarios fue estratégica. Al compartir y combinar sus experiencias a través de una ecología del conocimiento, fue posible crear, desarrollar e implementar tecnologías sociales oportunas. Ejemplos de estas tecnologías

estructuradas en los territorios durante la pandemia de COVID-19 son la agroforestería, los tanques de agua comunitarios, las radios comunitarias, las redes sociales y las máscaras de tela. La conclusión es que en épocas de crisis sanitaria y social, agravadas por desastres generalizados y situaciones de falta de asistencia, las tecnologías sociales son estratégicas para el desarrollo de acciones de gestión de riesgos. La articulación del conocimiento local y profesional es esencial para crear soluciones adaptadas a las necesidades y vulnerabilidades específicas de las comunidades, promoviendo la resiliencia y la sostenibilidad frente a futuras crisis.

Palabras clave: Tecnología Culturalmente Apropriada; Pandemias; COVID-19; Atención Primaria de Salud; Desastres.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 – Van lotada durante a pandemia de COVID-19	74
Fotografia 2 – Agente Comunitário de Saúde em um beco na comunidade X.	76
Fotografia 3 – Pessoas deitadas no corredor da unidade de saúde B.	77
Fotografia 4 – Usuários em uma unidade de saúde.	78
Fotografia 5 – Consultório com problemas não-estruturais.	80
Fotografia 6 – Tecnologia social implementada na UBS A para resolução de problemas de falta d'água	104
Fotografia 7 – Tecnologia social implementada na comunidade relacionada à UBS D para ações de comunicação de risco	105
Fotografia 8 – Agrofloresta inserida no território adstrito à UBS C	107
Fotografia 9 – Quentinhas organizadas para distribuição na comunidade	108
Fotografia 10 – Máscaras de pano ou máscaras de tecido.....	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Tipos básicos de projetos de estudos de caso	40
Figura 2- Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro	41
Figura 3 - Fluxograma do contato para participação das entrevistas	46
Figura 4 -Fluxograma do contato para participação do Photovoice	47
Figura 5-Cronologia da coleta, análise e triangulação dos dados.....	57
Figura 6 - Fluxograma PRISMA ScR, Rio de Janeiro, 2023	62
Figura 7- Mapa Mental dos conceitos de tecnologia social.....	65
Figura 8- Análise de similitude a partir dos dados das entrevistas.....	83
Figura 9- Reorganização do serviço ofertados nas Unidades Básicas de Saúde	93
Figura 10- Dendrograma da classificação hierárquica descendente com as palavras mais frequentes do corpus da pesquisa	94
Figura 11- Nuvem de palavras das entrevistas com equipe de enfermeiro, médicos e gerentes das unidades básicas de saúde	112
Figura 12- Gráfico com potenciais nexos com a GRD e implementação de Tecnologias sociais	119

LISTA DE SIGLAS

SIGLAS	SIGNIFICADOS
AB	Atenção Básica
AP	Área programática ou área de planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
COVID-19	Doença pelo novo coronavírus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRD	Gestao de risco de desastres
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPDEC	Política Nacional de Proteção Civil
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes Atenção à Saúde
RTS	Rede de Tecnologia Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia apropriada
TS	Tecnologia Social
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E DO PROBLEMA DE PESQUISA	19
1.2 DA JUSTIFICATIVA E DA CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO	25
2. BASES CONCEITUAIS	27
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
2.2 GESTÃO DO RISCO DE DESASTRES	30
2.3 TECNOLOGIAS SOCIAIS.....	32
3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1 TEORIA DOS SISTEMAS SOCIAIS.....	34
4 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	39
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	39
4.2 LOCAIS DE ESTUDO.....	41
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.3.1 Critérios de inclusão.....	44
4.3.2 Critérios de exclusão	45
4.3.3 Quantitativo dos participantes	45
4.4 COLETA DE DADOS	47
4.5 TRATAMENTO E TRIANGULAÇÃO DOS DADOS.....	56
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1 TECNOLOGIAS SOCIAIS PARA AÇÕES DE GESTÃO DO RISCO EM DESASTRES: REVISÃO DE ESCOPO	61
5.2 – VULNERABILIDADES ENVOLVIDAS NA RESPOSTA EMERGENCIAL PRATICADA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	74
5.3- OS PROCESSOS DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.....	93
5.4 – O EMPREGO DE TECNOLOGIAS SOCIAIS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DO RISCO DE DESASTRES	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS	127

APÊNDICES	141
ANEXOS	253

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E DO PROBLEMA DE PESQUISA

A pandemia¹ de COVID-19 retratou em escala mundial um dos maiores combates sanitários desse século. Alguns meses após a epidemia na China em dezembro de 2019, na primeira semana de abril de 2020 foram reportados mais de 1,5 milhão de casos e 85 mil mortes no mundo (John Hopkins University, 2020). No Brasil, até o dia 05 de maio de 2022, data em que a Organização Mundial da Saúde declarou fim à emergência de saúde pública global causada pelo coronavírus (SARS-CoV2), foram registradas 37 milhões de mortes e 700 mil casos no país, onde, em 22 de abril de 2022, foi declarado o fim da emergência de saúde pública de importância nacional (Brasil, 2020a).

O conhecimento científico ainda em desenvolvimento, no início da pandemia, sobre este novo coronavírus, sua capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, aliado à sua alta celeridade de propagação fizeram com que ocorressem incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da pandemia em diferentes cenários, contextos e culturas.

No Brasil, a presidência da República e seus aliados apresentaram posturas negacionistas frente à pandemia, utilizando-a com fins de polarização política. Tais reações deletérias, que envolveram negacionismo científico, desprezo para com o elevado número de mortes por COVID-19 e as características de uma necropolítica sombria só aprofundaram ainda mais os efeitos das iniquidades sociais já existentes (Giovannella *et al.*, 2020; Ferrari; Januzzi; Gerra, 2020; Castilho; Lemos, 2021).

Com efeito, no Brasil, os desafios se mostraram significativos, se consideradas as peculiaridades de transmissão da COVID-19, as desigualdades sociodemográficas, as dificuldades de famílias e comunidades relacionadas ao acesso à água, as condições precárias de habitação e saneamento, os processos de favelização em cidades com urbanização descontrolada, a alta prevalência de doenças crônicas, a desassistência em saúde, entre tantos outros fatores (Santos; Fachin, 2020).

¹ Considerando que “pandemia” refere-se à ocorrência epidêmica caracterizada por uma larga distribuição espacial, atingindo várias nações, e que “epidemia” é a elevação brusca, inesperada e temporária da incidência de determinada doença, ultrapassando os valores esperados para a população no período em questão (Medronho, 2005), neste estudo optou-se pelo uso do termo “pandemia” em função da incorporação social desta terminologia, ainda que a realidade estudada seja bem recortada sob a ótica geográfica e epidemiológica (município do Rio de Janeiro).

Paralelamente à esta pandemia, considerada um desastre² de origem natural³, socialmente construído, de tipologia biológica, outros casos de desastres e emergências em saúde pública desta natureza no país vêm chamando a atenção nos últimos anos, como a Zika, a dengue, a febre amarela, a malária, entre outras. Nesses casos, que envolvem situações de surtos, endemias e epidemias, uma análise criteriosa dos riscos e vulnerabilidades, bem como a preparação do setor saúde são elementos estratégicos para uma melhor resposta. De acordo com Batista *et al.* (2019), os desastres

ocorrem em todos os continentes, especialmente em regiões consideradas como áreas de risco. Em uma escala global, cerca de três quartos da população do planeta vivem em áreas afetadas por desastres (terremotos, ciclones tropicais, inundações, secas, dentre outros). Dessa fração, 85% das pessoas expostas a desastres de origem natural vivem em países de médio e baixo desenvolvimento (Batista *et al.*, 2019).

Com efeito, é necessário considerar que a crise sanitária advinda da COVID-19 se tornou esse grande desastre global graças à inação ou mesmo falta de ações de governança adequadas e sustentáveis para a gestão dos riscos desse evento. Tal problema não é algo novo, mas vem ocorrendo rotineiramente em relação aos demais desastres que acometem populações vulneráveis com maior intensidade, o que, devido às mudanças climáticas, tem acontecido com maior recorrência e gravidade em inúmeros países (Freitas; Silva; Cidade, 2020; Jacobi; Travassos; Momm, 2021; Pierro; Jacobi, 2021).

Desde 1990, a Organização das Nações Unidas (ONU) tem elaborado estratégias objetivando à redução de riscos de desastres. Em 2005 foi estabelecido o Marco de Hyogo, que apresentava cinco metas essenciais a serem alcançadas até o ano de 2015, a fim de minimizar perdas e aumentar a resiliência das nações e comunidades frente aos desastres. Em sucessão ao Marco de Hyogo, o Marco de Sendai para redução de Risco de Desastres (2015-2030) propôs ações para intensificar estratégias com potencial para reduzir os impactos desses eventos, além

² Para que um evento seja concebido como um desastre, no tocante ao campo da saúde pública, é fundamental que se combine alguns fatores que devem ser entendidos. Um deles é um evento detonador, relacionada a qualidade dos eventos físicos, e costumam ser gerados pela dinâmica da natureza. O evento deflagrador da inundação por exemplo é a chuva (Freitas *et al.*, 2012).

³ Entretanto, é válido refletir que a ameaça é natural (o vírus, acreditando que não tenha sido fruto de vazamentos do laboratório de Wuhan), mas no desastre não, uma vez que a exposição, por exemplo, depende do fator humano. Um ponto importante de mencionar também é a dificuldade na investigação das origens do vírus.

de medidas voltadas às mudanças climáticas e resiliência das comunidades (Fernandes *et al.*, 2019).

Estes marcos atribuem à atenção primária à saúde (APS) um papel fundamental na preparação e resposta às situações de emergências em saúde pública e desastres. Com efeito, a própria Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destacou como uma das funções essenciais da saúde pública o planejamento e realização de ações de prevenção, preparação, mitigação, resposta e reabilitação para reduzir o impacto dos desastres na população, assim como desenvolver políticas públicas para essas demandas (OPAS, 2002).

No momento presente, a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas (2018-2030)⁴ firma compromisso com países membros da OPAS para a superação de obstáculos emergentes em saúde pública, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Os 17 objetivos são integrados e indivisíveis, que combinam de forma equilibrada as três dimensões do desenvolvimento sustentável: ambiental, econômica e social.

Esses 17 ODS são, respectivamente: erradicação da pobreza; fome zero e agricultura sustentável; saúde e bem-estar; educação de qualidade; igualdade de gênero; água potável e saneamento; energia acessível e limpa; trabalho decente e crescimento econômico; indústria, inovação e infraestrutura; redução das desigualdades; cidades e comunidades sustentáveis; consumo e produção responsáveis; ação contra a mudança global do clima; vida na água; vida terrestre; paz, justiça e instituições eficazes; e parcerias e meios de implementação. No âmbito desses objetivos está previsto o desenvolvimento de políticas e planos estratégicos, que atendam o acesso equitativo aos serviços de saúde, inclusive em situações de emergências e desastres (OPAS, 2017).

De modo integral, os ODS vêm ao encontro dos próprios princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵ de integralidade, universalidade e equidade. Durante a

⁴ Após a Rio +20 ocorreram reuniões preparatórias à Assembleia Geral das Nações Unidas de 2015, que levaram à adoção da “Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável”. Os programas resultaram nos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais foram elaborados com base nos 8 objetivos do milênio estabelecidos no ano 2000 (erradicar a extrema pobreza e a fome, atingir o ensino básico e universal, promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna, combater o hiv/aids, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento) (Ferentz; Garcias; Setim, 2020).

⁵ De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil), a universalidade aos serviços de saúde é um direito de cidadania de todos os indivíduos e cabe ao Estado assegurar tal direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, sem preconceito de raça, sexo, ocupação ou outras características pessoais e/ou sociais. A equidade, enquanto princípio do SUS, tem por objetivo diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os

pandemia de COVID-19, a capilaridade dos serviços relacionados ao SUS pelo território nacional, em todos os níveis de atenção primária, serviram de base de sustentação para o enfrentamento dessa complexa crise.

No que diz respeito à atenção primária, ponto focal deste estudo, cabe destacar que trata-se literalmente da principal “porta de entrada”, do primeiro acesso da população ao SUS, cujas ações envolvem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com o propósito de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Paim, 2009; Brasil, 2012).

No Brasil, a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) contempla Unidades Básicas de Saúde⁶ (UBS) em sua estrutura física, cujo modelo assistencial está ligado à lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2017).

Em geral, o modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde refere-se ao modo como são construídas e sistematizadas/estruturadas as intervenções em saúde, levando-se em consideração a interação entre usuários e população, e trabalhadores/profissionais de saúde. Isso implica na incorporação de tais relações humanas aos processos de trabalho, e no atendimento das necessidades pessoais e demandas em saúde. Outrossim, é preciso considerar os processos de condicionamento social e o cotidiano dos processos de trabalho para definição do desenho assistencial, levando em conta a diversidade, os interesses e a participação efetiva atrelada ao encontro de práticas cuidadoras de indivíduos, bem como as tipologias de modelos de atenção orientados para as condições agudas ou crônicas (Ceccim, 1999; Paim, 2012; Mendes, 2011).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é reconhecida como um mecanismo para a reorientação do modelo assistencial vigente na atenção primária à saúde, que

desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Já o princípio da integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 2020b).

⁶ De acordo com a última edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, todos os estabelecimentos de saúde que prestem serviços e ações de Atenção Primária no âmbito do SUS serão, através desta portaria, denominados Unidade Básicas de Saúde (UBS). Ademais, todas as UBS são tidas como potenciais espaços de formação de recursos humanos, espaços de educação, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede Atenção à Saúde (Brasil, 2017).

antes tinha como base o modelo hegemônico com foco na cura e centrado no cuidado médico. Foi inicialmente implantada como Programa de Saúde da Família (PSF), quando o Ministério da Saúde formulou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vislumbrando a diminuição da mortalidade materna e infantil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, e expansão da cobertura dos serviços de saúde nas regiões mais vulneráveis ou pobres (Rosa, Lambate, 2005).

É importante salientar que, no âmbito da atenção primária à saúde, as unidades básicas de saúde (UBS) devem ser construídas perto de onde os indivíduos e famílias moram, estudam, trabalham, ou seja, onde vivem. Essas unidades devem também garantir atenção à saúde de qualidade à população e, portanto, têm de serem equipadas com recursos humanos, físicos e financeiros, além de dispor de infraestrutura para atendimento de qualidade da demanda da população. Isso é um desafio para o SUS frente aos problemas atuais de governança, a dimensão continental do país e a distribuição dessa população em zonas periféricas.

Frente ao que foi exposto, e considerando a perspectiva da gestão do risco de emergências em saúde pública e desastres, há que se considerar a necessidade de desenvolvimento de ações sistematizadas e coordenadas voltadas à percepção e controle dos riscos por meio de atividades de intervenção e planejamento frente às ameaças que atingem um território ou população vulnerável. Isso implica em se pensar e se estruturar

ações que promovam a sensibilização e empoderamento da própria comunidade, para atuar de forma proativa nas ações de proteção e defesa civil, o que tende a torná-la mais segura e resiliente. Uma das formas plausíveis de gestão do risco, nesse formato, que podem ser apropriadas pelas comunidades, são as Tecnologias Sociais⁷ (TS) (Passuello *et.al*, 2017, p.582).

Frente aos problemas cada vez mais recorrentes derivados dos desastres de origem natural, sobretudo as situações de surtos, epidemias e pandemias, e da constatação reiterada de que as populações que vivem em zonas de periferia ou de camadas mais pobres são mais vulneráveis aos impactos negativos de tais eventos, desenvolver tecnologias sociais servíveis para abrandar os efeitos diretos e indiretos de tais eventos é uma medida importante a se considerar.

Parte-se da premissa de que a criação, desenvolvimento e apropriação de tecnologias sociais têm o efeito de fortalecer o próprio trabalho das UBS, por estarem inseridas justamente

⁷ De acordo com Kapp e Cardoso (2013), o termo “tecnologias sociais” foi difundido no Brasil com a concepção da Rede de Tecnologia Social (RTS) e é utilizado para denominar técnicas, produtos e metodologias reaplicáveis e elaboradas com a interação da comunidade, e tem como objetivo promover efetivas soluções de transformação social.

em áreas que tendem a ser mais vulneráveis aos fenômenos de desastres de origem natural. Arelado a isso está o papel da APS que, através de seu modelo assistencial mais holístico e afinado aos princípios e diretrizes do SUS, consegue abarcar ações de gestão do risco de desastres, sendo reconhecida como um nível de atenção importante para a prevenção de riscos futuros, preparação, resposta e recuperação desses eventos danosos junto a famílias e comunidades acometidas (Fernandes *et al.*, 2019).

Em contrapartida, o SUS e consequentemente a APS tem sofrido constantes ataques frente a um subfinanciamento e um governo federal inerte no tocante as questões de direito à saúde e assistência social, de um aparelhamento político no sistema de saúde, que acabam por fragilizar o sistema de saúde nacional (Funcia, 2019; Souza, 2020).

Logo, devido às vulnerabilidades do território, pluralidade cultural e governança precária, a participação social deve-se fazer presente para superação de processos de iniquidades e, através deste movimento, perseguir as metas de comunidades mais resilientes pactuadas nos Marcos de Hyogo e Sendai. Também, frente a múltiplas dificuldades/problemas somados ao contexto da crise global provocada pelo COVID-19 é que a reorganização dos serviços de saúde nas UBS, que atendem a essas populações vulneráveis, provocou o surgimento de tecnologias sociais para superação de problemas já existentes no setor saúde (como a dificuldade no acesso e qualidade de saúde), e que ficaram mais evidentes nesse contexto contemporâneo.

Questão central

Como foram empregadas as tecnologias sociais desenvolvidas no âmbito de unidades básicas de saúde para a gestão do risco de desastres, no contexto da pandemia de COVID-19?

Hipótese:

A reorganização dos processos assistenciais na Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19 possibilitou o desenvolvimento de tecnologias sociais, que ajudaram a diminuir as vulnerabilidades e melhorar a resposta a esse desastre biológico.

Objetivo geral:

- Analisar o desenvolvimento de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde em unidades básicas do município do Rio de Janeiro, com enfoque na gestão do risco de desastres, no contexto da pandemia de COVID-19.

Objetivos específicos:

- Identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da pandemia de COVID-19;
- Descrever os processos de reorganização da atenção primária à saúde e desenvolvimento de tecnologias sociais para resposta emergencial à pandemia de COVID-19;
- e
- Discutir o emprego de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde, como estratégia de gestão do risco de desastres.

1.2 DA JUSTIFICATIVA E DA CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

A inquietação para o início da pesquisa se deu pela minha experiência como enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde, principalmente durante a pandemia de COVID-19. Ao atuar diretamente no atendimento de indivíduos infectados ou suspeitos pelo SARS-CoV-2, passei a refletir sobre como a APS respondeu e desenvolveu ações de gestão do risco frente a epidemias anteriores, como no enfrentamento das arboviroses, e a considerar a relevância estratégica da APS nas fases de desastres dessa natureza, seja no que diz respeito à assistência quanto na vigilância no âmbito do SUS.

Com o início da pandemia no Brasil, até o decreto que dispôs sobre medidas de isolamento social (Decreto nº47006 de 27 de março de 2020), as unidades básicas, como centros municipais de saúde, clínicas da família e policlínicas tiveram de reorganizar seus fluxos para atendimento da população com provável suspeita ou confirmação de COVID-19. Isso, aliado a campanhas de imunização cruciais como da Influenza, a abordagem de casos sintomáticos leves a moderados, a (in)disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI) e orientações de isolamento social. Essa organização inicial se deu por meio da suspensão de consultas de linhas de cuidado de grupos considerados não prioritários, com possibilidade de adiamento, o que envolveu consultas de clínica médica, de enfermagem e saúde da mulher (com exceção de gestantes). Tais medidas foram tomadas como forma de se evitar aglomerações de indivíduos susceptíveis ao vírus nesses locais.

Diante disso, o estudo se justifica pela necessidade de se abordar as mudanças ocorridas nas UBS em relação ao maior problema sanitário ocorrido neste século, compreendendo que a

APS é um grande pilar para prevenção, mitigação, resposta e reabilitação frente às emergências e desastres (Fernandes *et al.*, 2019).

Além disso, os estudos que têm abordado a temática sobre enfrentamento da pandemia de COVID-19 pela APS focam mais em aspectos gerais de reorganização e estratégias básicas para a fase da resposta e para o fortalecimento desse nível de atenção (Sarti *et al.*, 2020; Harzheim *et al.*, 2020; Duckett, 2020; Majeed *et al.*, 2020; Delgado *et al.*, 2020). Logo, quando este estudo foi iniciado no ano de 2020), havia lacunas nas pesquisas que tratam do enfrentamento de desastres biológicos na perspectiva da gestão do risco de desastres biológicos baseada em processos, que considerassem o desenvolvimento e aplicação de tecnologias sociais, bem como a resiliência das comunidades mais vulneráveis.

Como se sabe, a APS tem um singular papel em reduzir a possibilidade de casos graves chegarem aos hospitais, oportunizando cuidado primário ou prevenção e promoção da saúde. O aumento da cobertura da APS, principalmente com a expansão da ESF, tem sido considerado responsável pela melhora em resultados como avaliação do estado de saúde, bem como na redução de morbimortalidade por melhoria de desfechos clínicos. Segundo Mendes (2019, p. 100),

o efeito da ESF sobre a taxa de mortalidade adulta do programa [é] importante. O impacto para os municípios que estiveram há três anos na ESF foi de uma redução da taxa de mortalidade de 0,11 por mil. Isso significa uma redução de 3,25% da taxa para os municípios que estiveram há três anos no programa. Esse efeito subiu para uma redução de 11,24% da taxa de mortalidade nos municípios que estiveram no programa há oito anos (Mendes, 2019, p. 100).

Logo, pode-se então pensar que o cuidado e vigilância voltados a essas comunidades durante a pandemia, pôde evitar que casos brandos aumentassem ainda mais o colapso nos atendimentos em unidades de pronto atendimento (UPA) e hospitais.

Logo, a **contribuição** do estudo é a de elucidar e propor mudanças a partir da realidade investigada, por meio da abordagem de tecnologias sociais com potencial de serem implementadas pelo setor saúde com foco na gestão do risco de desastres biológicos. Além disso, o de ampliar o olhar dos gestores sob a perspectiva dos fenômenos de desastres e seus efeitos, no que concerne o gerenciamento clínico no âmbito da APS. Com efeito, propõe-se também uma mudança para que a resolutividade desse nível de atenção não fique apenas atrelada a seguir protocolos para lidar com determinantes epidemiológicos, sendo então as tecnologias sociais uma via alternativa para buscar aproximação e viabilidade na análise de saúde do território de responsabilidade das UBS. Por extensão, vislumbra amplificar o debate

sobre a necessidade de tornar as UBS mais preparadas e resilientes para situações de emergências em saúde pública e desastres, independentemente de sua magnitude e de sua natureza (naturais, tecnológicos ou sociais), e voltadas para uma perspectiva mais holística, preventiva e prospectiva de enfrentamento desses eventos e menos reativa e corretiva.

2. BASES CONCEITUAIS

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem seu desenho preconcebido, em perspectiva global, a partir do Relatório Dawson de 1922. Nesse relatório, a APS é fundamentada na imagem do médico generalista ou geral, além de ser idealizada em um enquadramento de redes territoriais nucleadas por centros primários (Kuschinir; Chorny, 2010).

Na década de 1970, a Conferência de Alma Ata incorporou esses aspectos que foram base para a construção do Serviço de Saúde Inglês (o *National Health Service*, NHS) propondo, assim, os cuidados primários como elemento central para melhora do setor saúde. Vale pontuar que essa proposta advinda da Conferência Alma Ata também sofreu influência do contexto político e econômico daquela década (Melo *et al.*, 2018).

Tal conferência é apontada, vide sua importância, como um marco fundamental para a Atenção Primária à Saúde, principalmente devido à implementação da APS por diferentes nações em seus sistemas de saúde, considerando seus principais atributos⁸. Isto é, mesmo que em alguns países tenham incorporado este nível de atenção de maneiras heterogêneas, como APS seletiva, que oferece serviços restritos em sistemas e saúde fragmentados, ou APS ampliada, que direciona a saúde pública e busca solucionar a maioria dos problemas (OPAS, 2008; Giovanella, 2008).

No Brasil, desde a Constituição de 1988, com a declaração de saúde como direito de todos e dever do Estado, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se implementar princípios e diretrizes estruturantes deste Sistema, como universalidade, equidade e integralidade, por meio da reforma sanitária. Entretanto, foi com o advento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF (Programa de Saúde da Família), o qual foi

⁸ Dentre os atributos essenciais ou derivados estão os de: longitudinalidade, integralidade, atenção ao primeiro contato, orientação familiar e comunitária, competência cultural e coordenação (Starfield, 1992; Lima *et al.*, 2018).

reconfigurado posteriormente em Estratégia Saúde da Família (ESF), que houve um esforço de mudança no modelo assistencial na Atenção Primária à Saúde. Isto se deu na década de 1990. Logo, a ESF passou a se constituir em um mecanismo para aumentar a cobertura da APS no território brasileiro, além de mudar a forma de se prestar assistência no país, que antes se dava através do modelo hegemônico curativista e focado na doença, e com uma ideia de Atenção Primária verticalizada (Viana, Dal Paz, 2005).

Com a Estratégia de Saúde da Família avançando no tocante à cobertura da Atenção Primária no Brasil tem-se, em dezembro de 2019, cerca de 64,47% de cobertura nacional. Conseqüentemente ao aumento dessa cobertura, em tese, passou-se a observar a redução de internações por condições sensíveis à APS, assim como melhora dos indicadores de mortalidade infantil, além de possibilitar a redução das desigualdades em saúde entre indivíduos e famílias mais vulneráveis (Mendes, 2010; Mendes, 2012; Brasil, 2020c).

Sobre a cobertura da APS, as capitais João Pessoa, Vitória, Aracaju, Florianópolis, Teresina e Belo Horizonte foram as primeiras a alcançarem 70% ou mais de cobertura. Já as capitais do Rio de Janeiro e Brasília apresentaram, no mesmo período, baixa cobertura, agravando as crises já existentes e constantes em seu setor saúde. Na capital do Rio de Janeiro, especificamente, no período de 2009 a 2017, houve aumento da cobertura para 70%, o que melhorou sua posição, deixando outras capitais em último em termos de cobertura da APS (Soranz, 2019).

Ressalta-se que um dos aspectos significativos que viabilizou a implantação da ESF foi a mudança, ocorrida também na década de 1990, sobre o financiamento que passou a ser fundo a fundo (fundo federal para estadual e municipal), com os Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável⁹. Antes dos PABs, tal financiamento se dava pela lógica da produção através de procedimentos realizados ou convênios (Melo *et al.*, 2018). Em 2019, o Ministério da Saúde definiu um novo modelo de financiamento para a APS, denominado Programa Previne Brasil, composto por Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivo para Ações Estratégicas.

⁹ O Piso da Atenção Básica era composto por uma parcela fixa (PAB Fixo), determinada pelo número de habitantes de um município, e uma variável (PAB Variável) que englobava (i) incentivos à qualidade, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); (ii) pagamentos por equipes de saúde da família, através da ação de custeio da ESF; e (iii) o financiamento de outras ações estratégicas do Ministério da Saúde (Rosa *et al.*, 2023).

Sobre a nomenclatura utilizada, os termos ‘Atenção Básica’ e ‘Atenção Primária à Saúde’ são equivalentes. E, que a APS brasileira tem a grande característica de ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conseqüentemente, demonstra-se como a porta de entrada preferencial do SUS (Brasil, 2017).

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

Logo, a APS por meio da Estratégia de Saúde da Família, é realizada por equipe multiprofissional composta minimamente por médico especialista em ESF ou generalista, enfermeiro especialista em ESF ou generalista, técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde. À essa equipe, pode-se também acrescentar cirurgião dentista especialista ou generalista, técnico ou auxiliar de saúde bucal (Brasil, 2017).

É preciso assinalar que, com a aprovação em 2016 da Emenda Constitucional nº 95, a qual congelou os gastos da Educação e Saúde por 20 anos, com reajustes apenas baseados na inflação, piorou ainda mais a situação da saúde. Ademais, neste mesmo período, o ministro da pasta optou por um discurso em prol da eficiência econômica e defendeu a criação de planos populares de saúde suplementar. Frente a isso, houve uma onda de protestos e, conseqüentemente, foi pactuada uma nova edição da PNAB (Melo *et al.*, 2018).

Essa nova edição da PNAB ocorreu em 2017, o que determinou uma reestruturação nos âmbitos da gerência e práticas de cuidado, além de reconsiderar as equipes de saúde com admissão de outras equipes, além da de saúde família. O número de ACS por equipe também não explícito passou a focar na cobertura da atuação desses profissionais sobre 100% da população vulnerável, em vez de 100% da população. Ou seja, a última PNAB trouxe uma regressão principalmente no modelo de atenção à saúde, dando mais importância à saúde centrada na doença e desfavorecendo a Estratégia de Saúde da Família, mesmo com todas as melhorias nos índices de saúde alcançados pela mesma até então (Melo *et al.*, 2018).

É imprescindível ressaltar que são inegáveis os avanços da reorganização da APS no Brasil, o que tornou o SUS menos fragmentado, mesmo com as mudanças ocorridas com esta última edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Por isso, além do retrocesso trazido com a PNAB de 2017, ainda permaneciam importantes desafios, dentre eles as

dificuldades de integração da atenção primária à saúde, o que acaba por dificultar a continuidade do cuidado, situação inadequada da rede física das UBS (Bousquat *et al.*, 2017).

2.2 GESTÃO DO RISCO DE DESASTRES

O referencial conceitual escolhido para abordar os fenômenos de desastres foi Narváez *et al.* (2009), que apontam algumas noções que dão sustentação às ideias de risco, vulnerabilidade e gestão do risco. Há que se referendar que houve uma mudança na terminologia, de gestão de desastres para gestão dos riscos de desastres, o que demonstra como o foco de preocupação passou do desastre para o risco, o que abre um campo para outras considerações epistemológicas sobre os processos de mitigação e prevenção de riscos e de produção social desses riscos (Narvaéz; Lavell; Ortega, 2009).

Saber reconhecer os fatores de risco e suas características propriamente ditas nos ajuda a ter possibilidades de melhor prevenir, mitigar e controlar o risco, a partir do envolvimento de diferentes aspectos e atores sociais.

Para os autores, “o risco de desastres inclui a probabilidade de futuros danos e perdas associados à ocorrência de um evento físico prejudicial”. Isto é, o risco é expresso e especificado com a existência de população humana, produção e infraestrutura expostos ao possível impacto de vários tipos de possíveis eventos físicos, e pelas condições de “vulnerabilidade” locais. O risco de desastre é, portanto, um processo social caracterizado pela coincidência, no mesmo tempo e território, de eventos físicos potencialmente perigosos, e de elementos socioeconômicos expostos a eles em condição de vulnerabilidade (Narvaéz; Lavell; Ortega, 2009).

Existem dois tipos de fatores de risco a serem considerados: vulnerabilidade e eventos físicos potencialmente danosos. O segundo tem referência a uma série de fenômenos que podem desencadear em energia destrutiva ou apresentar danos para sociedade, sendo chamados de “eventos danosos”. Já a vulnerabilidade é uma condição que predispõe a sociedade e seus meios de subsistência a danos e perdas. Por seu turno, o nível de risco será condicionado pela intensidade ou possível magnitude dos eventos físicos e pelo grau ou nível de exposição e vulnerabilidade. Ou seja, vulnerabilidade se refere a uma circunstância derivada e causal advinda de processos sociais, que fazem com que a estrutura social fique propensa a sofrer perdas e danos quando impactada por um evento físico perigoso (Narvaéz; Lavell; Ortega, 2009).

O risco de ocorrer um desastre é diretamente proporcional à exposição. Então, a exposição não irá ocorrer de maneiras iguais em populações em condições de vulnerabilidade diferentes. Essas vulnerabilidades são comumente associadas às condições socioeconômicas e de vida, que acabam por estarem determinados mais claramente em territórios periféricos, que muitas vezes são mais susceptíveis aos desastres (Freitas, 2018).

É importante abordar as múltiplas condições de vulnerabilidade, pois estas têm um forte impacto no aumento do risco de um desastre ocorrer e, conseqüentemente, torna estas comunidades e nações menos resilientes a esses eventos danosos. Como exemplo emblemático, a pandemia de COVID-19 evidenciou os impactos já sabidos referentes aos grupos sociais mais vulneráveis, ou seja, aqueles mais excluídos da proteção do Estado. Os problemas econômicos ficaram piores nessa conjuntura pandêmica, sufocando ainda mais os indivíduos e famílias na tentativa de superação de suas crises socioeconômicas. Estes ficaram à mercê, com pouca ou nenhuma ajuda tanto do Estado quanto da própria sociedade. Esse quadro foi agravado com as dificuldades de acesso à saúde, o que fora piorado devido às tentativas de desmonte do SUS com a Emenda Constitucional nº 95, de 2016¹⁰, e a diminuição da cobertura da atenção primária em alguns territórios brasileiros, como no município do Rio de Janeiro. Esse panorama se agravou, deixando aqueles que já eram vulneráveis aos desastres ainda mais susceptíveis a este (Servo *et al.*, 2020).

Nesse interim, é que as próprias comunidades em situação de maior vulnerabilidade buscaram através de seus próprios mecanismos e no âmbito de seus contextos e territórios, se organizar para evitar que seus indivíduos e famílias sofressem com a mistanásia¹¹, por consequência de um colapso no setor saúde durante a pandemia (Santos *et al.*, 2020).

Já as noções de “gestão do risco de desastre” ou “intervenção no processo de risco de desastre”, ou ainda “gerenciamento de riscos de desastres”, estas envolvem ações agrupadas em seis processos principais ou processos constitutivos essenciais, que são:

- 1) Gerar conhecimento sobre o risco de desastres em suas diferentes áreas, que trata de identificar, disponibilizar e difundir dados, informação e conhecimento que permita e facilite a exequibilidade de uma efetiva gestão de riscos; 2) Impedir risco futuro, ou seja, evitar a construção do risco, impedindo o desenvolvimento dos fatores de risco passíveis de serem geridos por políticas urbanas territoriais e ambientais; 3) Reduzir o risco existente, ou seja, reduzir o risco existente, estabelecendo medidas que reduzam perdas e danos de futuros desastres; 4) Preparar a resposta, que significa desenvolver capacidades, instrumentos e mecanismos para responder adequadamente

¹⁰ O governo Temer aprovou a Emenda Constitucional 95/2016, a qual visa o congelamento do teto de gastos e investimentos nas políticas sociais pelo prazo de vinte anos (CNS, 2021).

¹¹ Morte miserável, precoce e evitável em nível social e coletivo, ou seja, a morte miserável fora e antes de seu tempo, com sofrimento (Pessini; Ricci, 2017)

na iminência e/ou durante a ocorrência do desastre; 5) Responder e reabilitar, ou atender as necessidades básicas e imediatas das populações, instituições e/ou estruturas ameaçadas e/ou afetadas pelo desastre, prevendo o aparecimento de novas condições de risco; e 6) Recuperar e reconstruir, restabelecer condições aceitáveis e sustentáveis de desenvolvimento econômico e social da sociedade afetada, reduzindo o risco a um nível menor do que existia antes do desastre (Narvaéz; Lavell; Ortega, 2009, p. 43).

Logo, pensar nas propriedades de enfrentamento ou resposta, com vistas à redução de risco, de forma alguma devem ser dissociadas das condições de vulnerabilidade – que, por conseguinte, estão também atreladas aos processos políticos e sociais que acabam por limitar recursos financeiros, políticos e institucionais. Assim, a redução de risco de desastres envolve a assunção de medidas essenciais para aumentar a resiliência da sociedade como de suas comunidades (Freitas, 2018).

Por isso, é importante que as comunidades busquem formas de se tornarem resilientes, de fato. Nessa direção, setor saúde tem potencial para oportunizar sensibilização/conscientização sobre a compreensão e tomada de ação sobre os potenciais riscos, a partir da organização da Atenção Primária à Saúde.

No Brasil, ainda há um maior foco nos processos reativos em relação à gestão do risco de desastres, o que acaba por retroalimentar um esquema de criação e sustentação de novos riscos. De acordo com Moura (2019), a gestão do risco de desastre tem um caráter sistêmico, e é enfatizado no Brasil pela Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC).

2.3 TECNOLOGIAS SOCIAIS

O termo “tecnologia social” (TS) advém de “tecnologia apropriada” (TA), que se refere ao movimento que reabilitava as tecnologias tradicionais com a finalidade de lutar contra o domínio britânico, na Índia do século XIX (Dagnino; Brandão; Novaes, 2004, p.19).

Em geral, o significado de “tecnologia” refere-se a ação de um ou demais atores sociais sobre um processo de trabalho relacionado a modificação de um artefato visando a produção, sendo passível de apropriação de acordo com seu interesse (Dagnino, 2014). Por seu turno, as “tecnologias sociais” envolvem conjuntos de conhecimentos, metodologias e processos que devem estar à disposição da sociedade, efetivando a expansão de direitos e desenvolvimento social (Maciel; Fernandes, 2011).

Segundo o Instituto de Tecnologias Sociais (2007, p. 28), os indivíduos e comunidades eram considerados antes “demandantes” de tecnologias e passam, assim, a serem atores diretos

do processo de elaboração de desenvolvimento tecnológico, sem se limitar mais à “recepção de tecnologias”. Ou seja, a TS acaba por se diferenciar das TA por não trabalhar na lógica de transferência de tecnologia, e sim através de um processo pedagógico e democrático participativo.

O contexto mundial de mudanças na esfera produtiva (devido aos ideários liberais ou neoliberais) e a crise econômica advinda de potências capitalistas (determinantes da desigualdade social e de seu impacto nas dimensões sociais e divisões trabalho) acabaram por impactar na saúde e bem-estar individual e coletivo. Os reflexos disso para o contexto brasileiro são sentidos e agravados pelas históricas disparidades socioeconômicas e mesmo consequentes processos de exclusão social de grande parcela da população, o que faz com que tenhamos que aumentar os esforços na construção e fortalecimento de políticas públicas, a fim de superar esses abrangentes desafios (Maciel; Fernandes, 2011).

No contexto ou recorte geográfico deste estudo, que trata do caso do município do Rio de Janeiro, observam-se desigualdades sociais já reconhecidas. Tais desigualdades estão atreladas ao grande número de indivíduos em extrema pobreza, que majoritariamente moram nas 763 favelas da cidade, além de terem dificuldades de acessar serviços de saúde de qualidade (IPEA, 2020).

Outro aspecto importante é que o estado do Rio de Janeiro teve a pior taxa de mortalidade por COVID-19 do Brasil, no tocante à assistência pelo sistema público de saúde. E, atrelado a isso, de acordo com o IPEA (2020), a infecção pela COVID-19 matou mais em zonas periféricas do que em zonas nobres da cidade do Rio de Janeiro, sendo um dos motivos justamente as dificuldades de acesso a serviços essenciais de saúde.

Diante desse panorama, as tecnologias sociais podem ser compreendidas, como pontuam Maciel e Fernandes (2011, p. 162), como

uma das mais prolicuas alternativas de enfrentamento das expressões da questão social, por se tratar de experiências constituídas por meio das iniciativas comunitárias locais, pelo saber popular em articulação com os saberes acadêmicos, por processos participativos e democráticos e, fundamentalmente, pela capacidade em romper com a lógica linear de produção do conhecimento científico, já que a necessidade/demanda social é o fim primeiro da produção do conhecimento, ou seja, o conhecimento é colocado a serviço do desenvolvimento social e a tecnologia é uma mediação para a garantia dos direitos sociais, e não um meio para ampliar a competitividade do país na oferta de novos bens para o consumo (Maciel; Fernandes, 2011, p. 162).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DOS SISTEMAS SOCIAIS

O referencial teórico utilizado para essa pesquisa foi Niklas Luhmann e os conceitos de sua Teoria dos Sistemas Sociais. Luhmann (1927-1998), foi um sociólogo alemão renomado, sendo considerado um dos principais autores de teorias sociais do século XX (Melo Junior, 2013).

Sobre sua trajetória, Niklas nasceu em 08 de dezembro de 1927, em Lünemburgo, Alemanha, e em 1944 foi recrutado pelo exército alemão e feito de prisioneiro pelas Forças Americanas. Bacharel em direito no ano de 1949 na Alemanha, e posteriormente passou a trabalhar como servidor público em seu país de origem. Na década de 1960 foi para Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, para se especializar em administração e lá conheceu o sociólogo Talcott Parsons (Kunzler, 2004).

Luhmann passou um ano com Talcott Parsons, fundador da proposta teórica conhecida como estrutural funcionalismo, e teve sua primeira grande obra o livro “A estrutura da ação social”, de 1937. Tal obra se tratava de uma revisão crítica e de ideias convergentes de autores como Max Weber, Pareto, Durkheim e Marshall (Neves; Filho, 2012).

A proposta teórica não se tratava de um agrupamento de conceitos, mas de uma sistematização, a Teoria Voluntarista da Ação (Parsons, 1937, p.12). E, de acordo com os autores Neves e Filho (2012, p.148), articularia a discussão da ordem social em Durkheim com as investigações Weberianas em torno da ação social. Ou seja, era uma síntese de propostas aparentemente irreconciliáveis, uma teoria estrutural e uma teoria individualista. Para tanto, utiliza a unidade de análise “sistema social”, discutindo os sistemas sociais em obras posteriores como “The social System”, de 1951 (Parsons, 1951).

Foi nessa aproximação com Parsons que Luhmann deu início a sua teoria com aspectos distintos do autor de “A estrutura da ação social”. Em 1965, Niklas seguiu carreira como professor universitário, fez doutoramento e habilitação na Universidade de Münster. Após o término do doutorado passou a lecionar sociologia na Universidade de Bielefeld. Aposentou-se em 1993. Contudo, antes de sua nomeação como professor em Bielefeld foi questionado sobre qual objeto gostaria de trabalhar, o mesmo respondeu “a teoria da sociedade moderna, 30 anos, sem custos.” (Rodrigues; Neves, 2017; Bechmann; Stehr, 2001)

Segundo Rodrigues; Neves (2017, p.1),

Luhmann cumpriu criteriosamente essa promessa. Desde o momento em que ingressou na Faculdade de Sociologia da Universidade de Bielefeld, em 1969, até o momento de sua aposentadoria, em 1993, o sociólogo alemão

construiu uma ampla e complexa arquitetura conceitual, por meio da qual investigou as diferentes esferas da sociedade moderna – o direito, a arte, a ciência, a política, a religião, a moral etc. A obra luhmanniana é vasta: composta por mais de 60 livros, mais de 400 artigos, o que representa cerca de 14 mil páginas publicadas. Não é exagero afirmar, com efeito, que Luhmann é um dos pensadores sociais mais proeminentes da segunda metade do século XX e o sociólogo alemão mais importante, desde Weber (Rodrigues; Neves, p.1).

Como mencionado acima, Luhmann deixou uma vasta obra sobre a sua teoria dos sistemas sociais. Sua abordagem é considerada controversa e até irreverente. Isto pois defendia que a sociologia vivia grave crise teórica, e centrava-se nos grandes clássicos de Weber, Marx, Simmel e Durkheim, como se tivesse se esgotado nesses autores. Mas ao mesmo tempo os defendia, pois os clássicos lançaram mão de teorias de médio alcance importantes para pesquisa empírica. Por outro lado, apontava que as teorias não conseguiam alcançar uma descrição teórica da sociedade por sua complexidade (Rodrigues Neves, 2017).

Também era considerado irreverente pois seus conceitos eram trazidos de outras disciplinas. Foi o caso do conceito de autopoiesis advinda da biologia de Humberto Maturana. Buscou então uma teoria interdisciplinar e que não houvesse um campo só para sua aplicabilidade (Kunzler, 2004). Outra irreverência da Teoria dos sistemas sociais é de que a sociedade é pautada pela comunicação e não apenas por seres humanos (Luhmann, 1995).

A teoria dos sistemas sociais de Niklas Luhmann, descreve a sociedade moderna como um sistema, e tem uma visão universalista. Rompe com esquemas tradicionalistas dos clássicos do antropocentrismo europeu, que teorizavam a sociedade constituída por seres humanos. Mas para Luhmann a comunicação vinha antes. Para ele, nos sistemas sociais, os seres humanos eram o seu entorno e não o centro, indo de encontro da tese de Kant em “Metafísica dos costumes” (Rodrigues; Neves, 2017).

Na Teoria dos Sistemas Sociais, Niklas Luhmann refere que é importante apreender que a sociedade é pautada exclusivamente pela comunicação, que as pessoas são um sistema à parte (o sistema psíquico) e estão no ambiente (ou entorno) deste sistema social, e que não há fronteiras que separem as diversas sociedades (Luhmann, 1995).

Assim, em sua teoria, Niklas Luhmann traça alguns conceitos oriundos de outras ciências, como Economia, Biologia e Física, Entre eles, os de: autopoiesis, autorreferência, diferença sistema/entorno, operação, sentido e comunicação.

A teoria de Luhmann dá ênfase ao conceito de autopoiesis, termo utilizado originalmente nas ciências biológicas com a finalidade de definir os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos para o meio, por seus próprios processos

inesgotáveis, sem intervenções no meio, e sim causalidade. Os sistemas deixam de ser abertos e passam a ser concebidos como sistemas fechados (Luhmann, 1996).

Niklas explica que a teoria por ser pautada em comunicações entre os sistemas, também há a auto-observação sistema/entorno, e uma diferenciação funcional. No tocante a observação, essa deve ser diferenciada entre quem observa e quem é o observado. E há uma linha fronteira, na qual o sistema observa e o entorno é observado. Assim, Niklas trata a diferenciação, onde existe a indicação de parte da forma (operação), automaticamente se identifica a outra parte. Essa identificação de parte ele também chamava de autorreferência (Luhmann, 1995).

A sociedade então é constituída pelo acoplamento estrutural do que chama-se sistema/entorno, que é pautado pelas comunicações entre os sistemas e subsistemas que se diferenciam funcionalmente pela sua autopoiesis (sua reprodução para o meio ou sua identificação através das comunicações com outros sistemas) (Luhmann, 1998).

O entorno tem a capacidade de irritar os sistemas e subsistemas e esses podem ou não realizar a autopoiesis transformando ruídos/irritações externas e internas em informações dotadas de sentido e realizar a comunicação com outros sistemas. Assim, Neves; Filho (2012, p. 157) assinala,

ainda acoplada ao entorno, a reprodução do sistema consiste na reprodução de sua estrutura binária básica, que a todo o momento é irritada pelo entorno, cabendo ao sistema incorporar isso como inovação ou ignorar os ruídos. Quando é indiferente, resta ao sistema o ônus de não acompanhar as transformações do entorno que a todo o momento acontecem (Neves; Filho p.157).

A teoria dos sistemas sociais deve ser entendida como uma macroteoria, na qual os sistemas e subsistemas globais da sociedade moderna, ou seja, todos eles estão em acoplamento estrutural. Os sistemas na modernidade vão desenvolver formas específicas para observar o mundo em função de suas estruturas também específicas (Neves; Filho, 2012).

A política tende a observar a sociedade em função do código poder/não poder, a ciência verdade/ não verdade a economia ter/ não ter, e assim, Luhmann sustentará em outro patamar o conceito parsoniano de meios de comunicação simbolicamente generalizados, como o poder, a verdade e a propriedade (Neves; Filho, 2012, p.155).

Por ser uma teoria que tem origem europeia, há alguns limites, sobre sua aplicação em contextos de países ainda em desenvolvimento, como o caso brasileiro. O que Neves (1992) chamou de modernidade periférica, que atua de forma diferente pois lida com hipercomplexidade do ambiente, de forma desestruturada e desorganizada.

E isso traria um “bloqueio” da autopoiesis que deve se estabelecer de forma inesgotável. Assim, aponta-se uma assimetria da sociedade mundial (Neves, 1992). Contudo, Niklas Luhmann reconhece as assimetrias na sociedade mundial relacionadas à integração social, e também pela diferença entre inclusão e exclusão (Ribeiro, 2013).

Para essa pesquisa por abordar a gestão do risco de desastres, durante a pandemia, em uma sociedade periférica, e especificamente em cenários subalternos como as favelas, optou-se por utilizar conceitos da teoria dos sistemas sociais, como autopoiesis, risco, diferenciação e acoplamento funcional.

- Autopoiesis: é a autorreprodução dos sistemas ou subsistemas para o meio, como forma de comunicação entre eles (Luhmann, 1996);
- Risco: a probabilidade de ocorrência de eventos indesejáveis ou perturbadores que podem afetar os sistemas, devido a consequências por decisões de sistemas que tem essa prerrogativa (Luhmann, 1996);
- Diferenciação funcional: implica uma separação de funções anteriormente integradas, o que aumenta a complexidade da sociedade, mas também permite uma maior eficiência e adaptação a mudanças. Ou seja, nenhum sistema é igual ao outro (Luhmann, 1996).
- Acoplamento estrutural: é o mecanismo pelo qual os sistemas sociais se relacionam e influenciam uns aos outros, mantendo ao mesmo tempo sua diferenciação e independência.

Para abordar as questões sobre desigualdades, que são fundamentais para discutir os resultados deste estudo, é importante considerar o princípio da diferenciação funcional. Isso se refere à maneira como os diversos sistemas, como os sociais, de saúde e jurídicos, se distinguem e se reproduzem em interação com seu ambiente, não apenas no contexto brasileiro ou latino-americano, mas também em uma perspectiva global.

Esses sistemas são diferenciados por sua autopoiesis, mas se auto-observam e podem influenciar uns aos outros através do acoplamento funcional, mas com sua diferenciação funcional se tornam cada vez mais especializados em suas funções específicas. Isso significa que eles operam de forma independente e têm suas próprias regras, lógicas e critérios de operação, mesmo que continuem interagindo uns com os outros. E numa sociedade periférica essas assimetrias são percebidas de maneira mais clara devido aos riscos das decisões/não decisões política, e pelo código inclusão/exclusão.

Na abordagem de Luhmann em relação à sociologia de risco, observa-se como os sistemas sociais (organizações, instituições e sociedade) enfrentam a complexidade dos perigos. Para Luhmann há um contraponto entre risco e perigo, associado também a segurança. Para o autor da teoria dos sistemas sociais aqui utilizada, risco está relacionada a decisões e suas consequências, e isso vai de acordo com o contexto. Já o perigo está relacionado à eventos externos que não se pode controlar. Ou seja, os perigos os danos não são consequências futuras de decisões/não decisões (Silveira; Oliveira, 2023).

Como o exemplo quando há a necessidade de gestão do risco relacionado à um desastre a não decisão também é decidir, isto é, na perspectiva política, e isso traz consequências danosas ou riscos na concepção de Luhmann, principalmente pelo fato de que os excluídos no processo decisional sofrem essas consequências (Silveira; Oliveira, 2023).

Destaca-se, em especial, a ênfase na importância da comunicação como um mecanismo fundamental para a gestão dos riscos. De acordo com Luhmann, a sociedade estabeleceu sistemas de comunicação especializados, tais como a mídia, a ciência, o direito e a política, com a finalidade primordial de disseminar informações acerca dos riscos, estruturar estratégias preventivas e tomar decisões relacionadas aos riscos (Luhmann, 1992). Contudo, quanto mais se sabe sobre os riscos mais certeza se têm sobre não existir a segurança absoluta, principalmente quando se trata de contexto de desastres e das populações periféricas que acabam por sofrer mais já que tem muito a perder (Silveira; Oliveira, 2023).

Niklas Luhmann argumenta que as estratégias de comunicação da sociedade são fundamentais para lidar com os riscos em um ambiente social complexo e altamente diferenciado. Ele sugere que, devido à crescente complexidade da sociedade moderna, os sistemas sociais desenvolvem estratégias específicas para lidar com os riscos que enfrentam. Essas estratégias incluem a comunicação de informações relevantes, a criação de sistemas de alerta precoce, a implementação de medidas preventivas e a formulação de políticas de gestão dos riscos (Luhmann, 1992b).

Luhmann enfatiza que a comunicação desempenha um papel crucial na identificação, avaliação e mitigação dos riscos sociais. Por meio da comunicação, os sistemas sociais podem compartilhar informações sobre ameaças potenciais, discutir opções de ação e coordenar respostas coletivas. Além disso, ele destaca a importância da diferenciação funcional na gestão dos riscos, argumentando que diferentes sistemas sociais, como os políticos, econômicos e científicos, têm papéis distintos a desempenhar na abordagem e na resolução de problemas de risco. Em resumo, Luhmann enfatiza a necessidade de estratégias de comunicação eficazes e

coordenadas para lidar com os riscos na sociedade contemporânea, reconhecendo que esses riscos são uma característica inevitável da vida social moderna (Luhmann, 1992b).

Ademais, Luhmann sustenta que a sociedade contemporânea é norteada por uma crescente diferenciação funcional, o que significa que distintas esferas sociais, a exemplo da economia, da política e da religião, operam com certa autonomia relativa. Cada uma dessas esferas desenvolve seus próprios sistemas comunicativos e lida com os riscos de modo específico. A título exemplificativo, o sistema jurídico pode dedicar-se à responsabilização e à reparação dos danos ocasionados pelos riscos, ao passo que a ciência pôde voltar-se à análise e à avaliação dos riscos (Luhmann, 1992). E as tecnologias sociais são formas dos sistemas e subsistemas e adaptarem aos riscos, sendo essas tecnologias sociais a reprodução ou autopoiesis dos diversos sistemas em arranjos sociotécnicos por meio da diferenciação funcional após a irritação do meio devido aos riscos advindos do contexto pandêmico.

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, de abordagem qualitativa, do tipo transversal, e de natureza exploratória, com foco nas fases de gestão do risco de desastres frente à pandemia de COVID-19, com vistas à síntese de evidências, por meio da triangulação de dados.

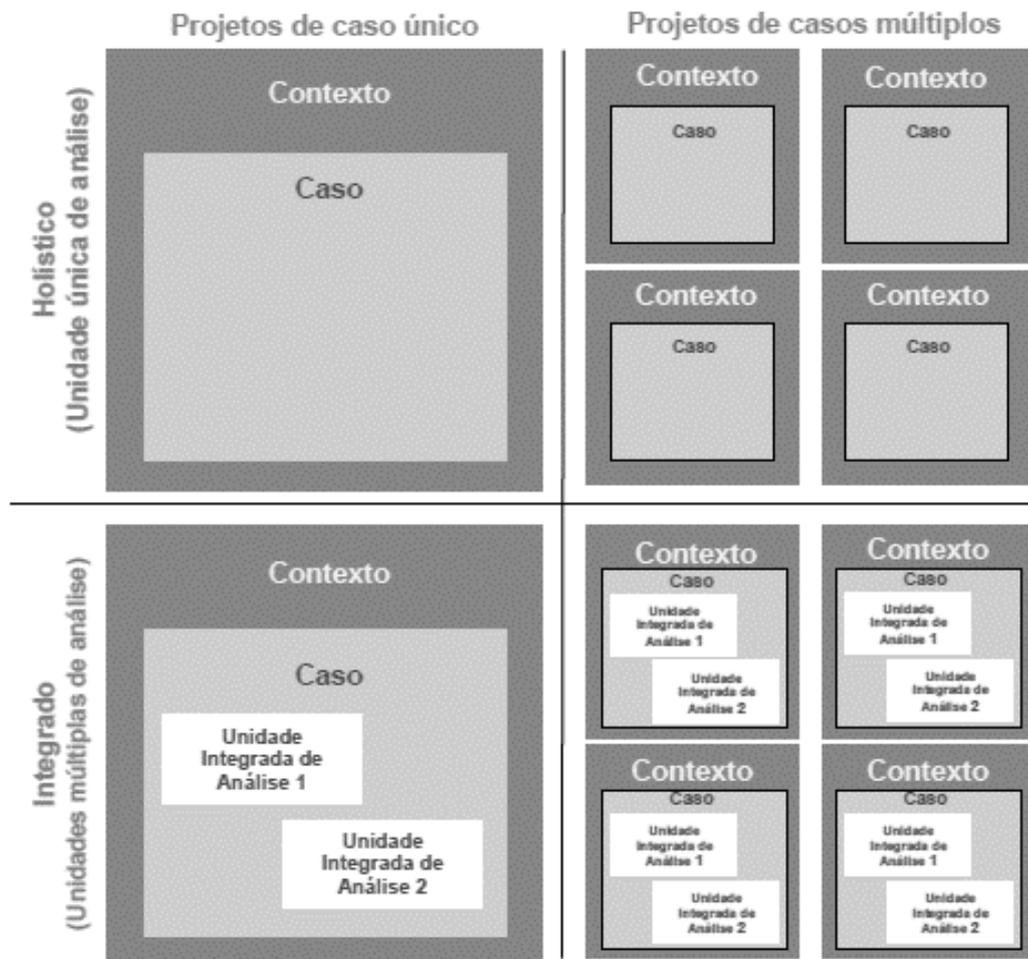
Trata-se, portanto, de uma investigação prática que analisa um fenômeno contemporâneo a fundo em contexto de vida real, principalmente no caso em que os limites entre o contexto e os acontecimentos não são evidentemente claros. Outrossim, foram previstas diversas fontes de evidências, a fim de abordar os dados de maneira a triangular os mesmos (Yin, 2015, p.17).

Para a estruturação dos estudos de casos, Yin (2015) aponta a importância do tipo de questão apresentada, a fim de diferenciar este método de outras modalidades de pesquisa. Os estudos de caso são estruturados a partir de perguntas de interesse do estudo que se referem ao “como” ou ao “por que”, as quais são aplicadas quando o pesquisador tem pouco controle acerca dos acontecimentos, e também quando o foco se volta a um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real. Assim, essas perguntas são determinantes na indicação do estudo de caso enquanto estratégia metodológica de investigação.

O estudo de caso pode ser múltiplo ou único. Nesta pesquisa, optou-se pelo estudo múltiplo, a fim de abordar a reorganização de quatro unidades básicas de saúde, com contextos distintos e dentre outros aspectos como cultura local e estrutura física também diferentes a serem explicitados no item sobre local de estudo.

Outro ponto que auxilia na definição e utilização deste tipo de método é quanto à caracterização, que pode ser holística ou integrada. O que distingue uma característica da outra é a quantidade de unidades de análise. Dessa forma, esta pesquisa foi definida como holística, visto que os locais de estudo têm contextos distintos (comunidades ou populações diferentes), constituindo-se em quatro casos e não um caso com quatro unidades de análise.

Figura 1- Tipos básicos de projetos de estudos de caso



Fonte: Yin (2015, p. 53)

Ademais, estudos de caso geram um conjunto lógico de considerações, o que tende a determinar a qualidade do projeto, de acordo com determinados testes lógicos. Em geral, podem ser utilizados quatro testes lógicos para avaliação da qualidade do estudo, a saber: validade de constructo, validade interna, validade externa e confiabilidade (Yin, 2015). Para este estudo foram utilizados os seguintes testes: confiabilidade, validade de constructo e validade externa.

A confiabilidade da pesquisa se dá através da demonstração de que as operações de um estudo podem ser repetidas, no tocante aos procedimentos de coleta de dados. Logo, a fim de atender a este teste de confiabilidade, foi utilizado um protocolo específico de estudo de caso (APÊNDICE A), bem como desenvolvida uma base de dados dos casos estudados.

Já a validade do constructo aponta as medidas operacionais adequadas para os conceitos aprofundados. Assim, foram utilizadas diferentes técnicas: estabelecimento do encadeamento das evidências, utilização de múltiplas fontes de evidências e revisão do relatório para informantes-chave. Uma característica forte do estudo de caso, no tocante à coleta de dados, é a oportunidade de utilizar fontes distintas de evidências, reforçando a validade do constructo e a convicção de que o estudo de caso apresentou o evento de forma precisa (Yin, 2015).

Já a validade externa busca a generalização analítica, sendo expressa através da lógica da replicação nos estudos de casos múltiplos. Para tanto, foram realizadas generalizações analíticas por meio dos resultados do estudo, para efeito de serem tratadas as situações específicas que foram abordadas.

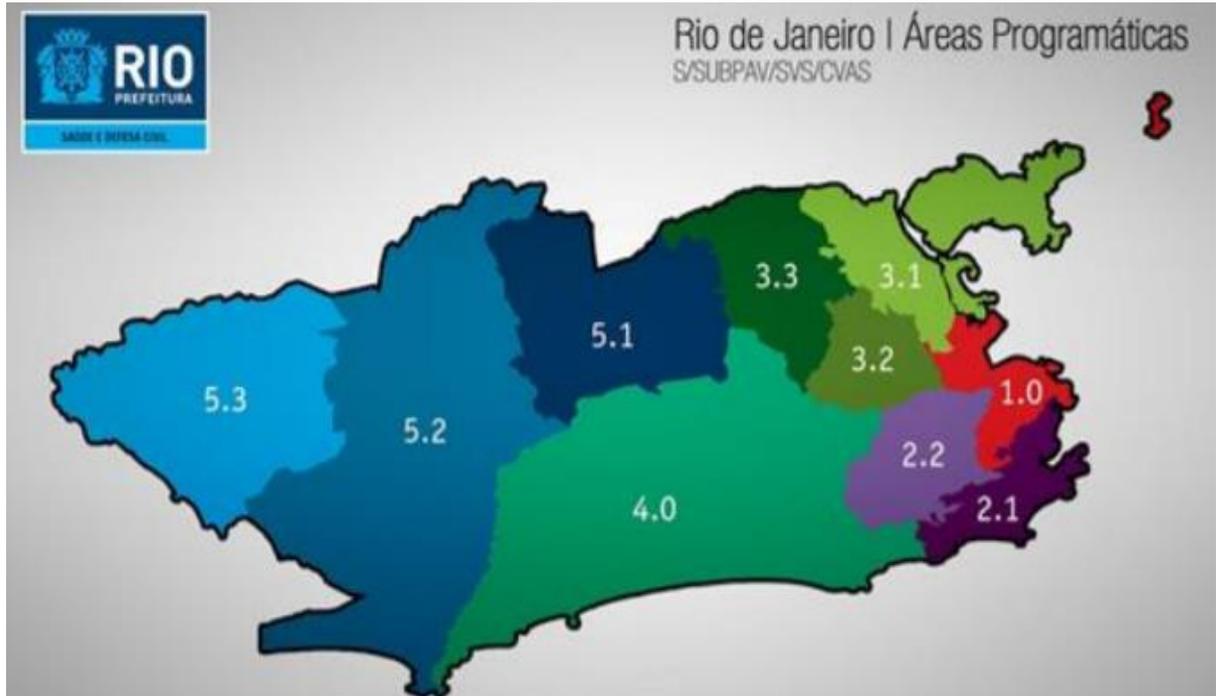
No que tange à abordagem qualitativa, esta pesquisa adotou essa modalidade visto que se justifica por ser uma maneira adequada para compreender a natureza de um dado fenômeno social (Richardson, 2012). Isso se coaduna com a lógica epistemológica de estruturação de estudos de caso, mas também pelo fato de o fenômeno social ser possivelmente melhor compreendido pela perspectiva qualitativa em relação ao contexto em que faz parte ou ocorre (Godoy, 1995).

4.2 LOCAIS DE ESTUDO

Os cenários eleitos para o desenvolvimento da pesquisa foram quatro Unidades Básicas de Saúde, no âmbito da administração pública (geridas a nível municipal), na área programática 3.1, todas situadas no município do Rio de Janeiro.

O estado do Rio de Janeiro é dividido em oito regiões. O município do Rio de Janeiro está localizado na Região Metropolitana I, sendo dividido em 33 regiões administrativas. Para fins de planejamento em saúde, a Região Metropolitana I tem um total de dez áreas de planejamento (AP) ou áreas programáticas (1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2, 5.3), como está demonstrado na figura a seguir.

Figura 2- Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Prefeitura do Rio de Janeiro (2017).

Juntas, as áreas programáticas 3.1, 3.2 e 3.3 (chamadas de AP 3) são as mais populosas do município do Rio de Janeiro. Metade dessa população vive em comunidades carentes, sendo a 3.1 uma das três com maior distribuição populacional por área (Rio de Janeiro, 2013). Dentre as 10 áreas de planejamento, a AP 3 é uma das que possuem maior número de UBS (Mello, 2016).

Ao todo, a AP 3.1 abrange 28 bairros, e tem uma população estimada de aproximadamente 900.477 habitantes no ano de 2016 (GRAEVER, 2016). Nesta AP, as comunidades ou bairros (objeto do contrato de gestão) são: Ilha do Governador, Vigário Geral, Complexo da Maré, Ramos, Complexo do Alemão, Penha e Penha Circular, que respondem por uma população de cerca de 29,6% das que residem nesta área de planejamento (MAUÉS, 2018).

Logo, a seleção dos quatro casos deste estudo relaciona-se ao fato de que a AP 3.1 é uma das mais populosas, e que conta com um grande número de unidades de saúde. Além disso, tratam-se de quatro unidades inseridas em contextos diferentes (três na região de planejamento XX¹², com um dos melhores IDS, e outra com um dos piores IDS, a região de planejamento

¹²A região de planejamento ou região administrativa XX compreende a Ilha do Governador.

XXIX¹³), em regiões administrativas com Índice de Desenvolvimento Social¹⁴(IDS) distintos (Ilha do governador: 0,627 e Complexo do Alemão: 0,532). Também se ressalta que as quatro têm entre si infraestrutura e dimensionamento de recursos humanos de saúde distintos.

Em termos estruturais, a primeira UBS é um Centro Municipal de Saúde; portanto, uma unidade mais antiga, cujo atendimento é realizado no térreo da Associação de Moradores, ou seja, a unidade fica localizada dentro da comunidade adscrita. A segunda UBS é uma Clínica da Família inaugurada nos moldes mais recentes, com estrutura modular e jardim interno, com área ventilada neste local. A terceira unidade é uma Clínica da Família com dois anexos no térreo (Unidade de Pronto Atendimento e Centro de Atenção Psicossocial), cujo atendimento pelas equipes de saúde da família se dá no subsolo. Já a quarta unidade, a Clínica da Família, também foi construída em formato modular e fica numa região de saída e entrada alternativa na região administrativa XX, e tem a característica de abranger mais de uma comunidade periférica, assim como há equipes responsáveis por populações institucionalizadas, a saber: abrigo que recebe população de rua, e unidades socioeducativas com internação provisória para menores infratores. Essas três últimas Clínicas da Família estão localizadas fora da comunidade adscrita.

No que tange aos recursos humanos, o CMS conta com três equipes de saúde da família, com um consultório de Odontologia. A segunda unidade, que é uma clínica da família, conta com seis equipes de saúde da família, com residências Multiprofissional e de Medicina, além de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). E a terceira unidade, também clínica da família, possui 14 equipes de saúde da família, com residência em Medicina e Enfermagem. A quarta conta com residência em Medicina e Enfermagem, e tem cinco equipes de saúde da família.

Essas diferenças estruturais, de recursos humanos e de população adscrita, foram levadas em consideração para este estudo principalmente pela necessidade de reorganização do fluxo assistencial, com vistas a não aglomeração de usuários, pela necessidade de sala de espera para pacientes com síndrome gripal em ambiente aberto, e para fins de análise de vulnerabilidades estruturais e não estruturais, mas também funcionais, como o dimensionamento de recursos humanos de saúde para desenvolvimento de ações de gestão do risco frente à pandemia de COVID-19. Logo, essas unidades foram assim selecionadas

¹³ A região de planejamento XXIX compreende o Complexo do Alemão.

¹⁴ O IDS foi inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sua finalidade é medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica, comparando com outras de mesma natureza (Cavallieri; Lopes, 2008)

vislumbrando realizar uma análise ampliada e multifacetada de seus desafios e potencialidades frente à necessidade de melhor resposta a esse desastre biológico.

Ressalta-se, ainda, que essas unidades foram previamente selecionadas em áreas com pouco ou nenhum conflito armado, considerando a necessidade de garantia de segurança durante o processo de coleta de dados.

A fim de esclarecer a nomenclatura das unidades, já que apenas uma é Centro Municipal de Saúde, as UBS são categorizadas em três: unidade do tipo A, que oferecem serviços de saúde, que são cobertas por equipes de ESF em 100% do território; unidades do tipo B, chamadas também de unidades mistas, visto que são unidades tradicionais, mas que contam com equipes de saúde da família, as quais cobrem parte do território; e as unidades do tipo C, que são tradicionais e não contam com equipes de saúde da família. Logo, o CMS selecionado é, apesar de sua nomenclatura ter a ver com sua inauguração (antes da ESF), uma unidade tipo A, visto que possui apenas equipes de saúde da família, as quais cobrem 100% de seu território (Rio de Janeiro, 2013).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.3.1 Critérios de inclusão

O estudo contou com a participação de gerentes das unidades básicas selecionadas, assim como profissionais da Equipe de Resposta Rápida¹⁵ (ERR), que atuaram diretamente na avaliação dos indivíduos classificados como casos suspeitos ou confirmados de infecção por SARS-CoV-2 (ou síndrome gripal), ou seja, médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Esses participantes atuaram na fase inicial da pandemia (primeiros meses de 2020) ao início do ano de 2021, não sendo considerada qualquer tipo de distinção entre preceptores, responsáveis técnicos e residentes.

Contudo, neste estudo optou-se por serem abordados profissionais de nível superior, no tocante aos envolvidos na ERR, visto que esses participaram de todos os aspectos dos fluxos e organização das unidades de saúde para enfrentamento da pandemia, atuando desde a fase do atendimento, vigilância, orientações à população, como na implementação de ações norteadas por documentos oficiais.

¹⁵ São profissionais que atuaram no atendimento (manejo clínico ou não) dos usuários com suspeita (síndrome gripal) ou confirmados de COVID-19. Estes profissionais são do próprio estabelecimento de saúde, e são escalados de acordo com a gestão local, atendendo o estabelecido em documentos oficiais que norteiam o atendimento voltado para COVID-19.

Já os gerentes também foram incluídos frente à sua responsabilidade inerente ao cargo, no que tange à prevenção e manejo da COVID-19 e (re)organização dos serviços de APS do município do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2020b), uma vez que os mesmos devem medidas voltadas a orientar quanto a óbitos, escalar profissionais para ERR e “Posso ajudar”, nortear os demais profissionais sobre mudanças ocorridas na dinâmica do serviço e atuar como elo entre a Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP e a unidade.

Em contrapartida, foi pensada na possibilidade de identificação de tecnologias sociais nos territórios e, com isso, os agentes comunitários de saúde (ACS) também foram incluídos em parte da pesquisa, visto que são o elo entre a população/comunidade adscrita e a APS. A partir disso, buscou-se, por meio desses profissionais, levantar questões sociais percebidas pelos mesmos. Ademais, esses profissionais geralmente são moradores das comunidades, podendo contribuir com a abordagem/reconhecimento das tecnologias sociais nos cenários estabelecidos. Nessa perspectiva, foram incluídos também os líderes comunitários, que têm papel relevante nas decisões e articulações com o poder público. Dessa forma, também os líderes comunitários fizeram parte dos participantes deste estudo por traduzirem a necessidade e previsão da participação social no SUS, isto é, por serem agentes ativos a nível local.

4.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão tiveram foco no documento oficial da Secretaria Municipal de Saúde (Rio de Janeiro, 2020b), que norteou a organização dos serviços de APS para o enfrentamento da epidemia de COVID-19. Assim, foram excluídos os profissionais que estiveram de licença ou afastados por condições crônicas e fatores de risco (doença respiratória, cardíaca ou renal, idosos, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea, imunossupressão por doenças e/ou medicamentos, diabetes, gestantes).

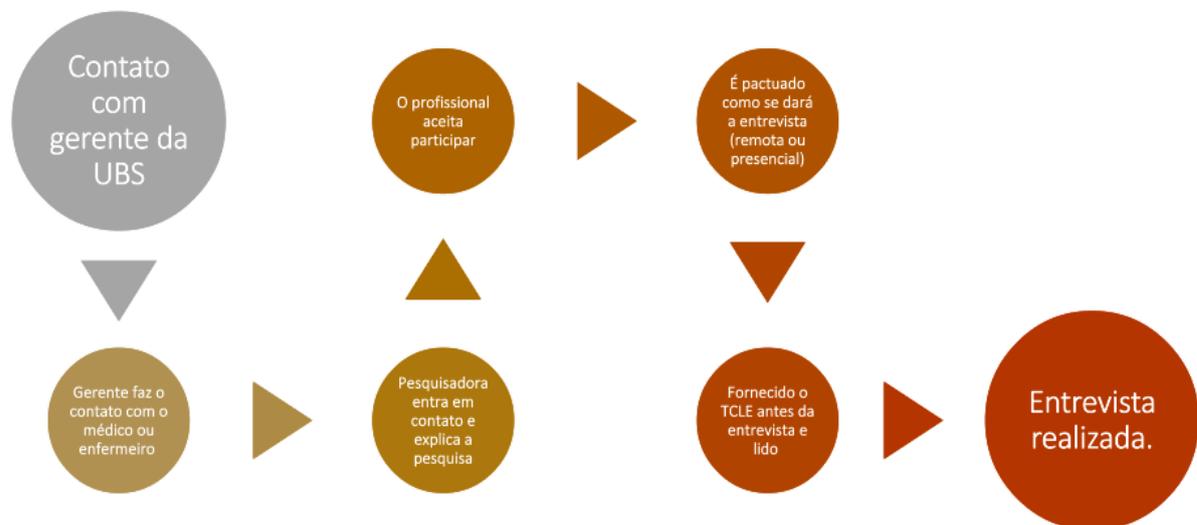
4.3.3 Quantitativo dos participantes

Participaram da pesquisa, na etapa das entrevistas, 22 pessoas, sendo quatro gerentes, nove enfermeiros e nove médicos. Nesta etapa, não houve participantes que não aceitaram formalmente o convite. Como as entrevistas foram realizadas durante uma das ondas de casos de COVID-19, devido à variante ômicron do Sars-CoV-2, algumas entrevistas foram realizadas remotamente.

Em relação às entrevistas semiestruturadas, no primeiro momento foram realizados contatos com os gerentes para pactuar a ida da pesquisadora à UBS, a fim de realizar o convite individualmente ou em grupo (através de reunião) com os indivíduos que atendessem aos

critérios de elegibilidade. Nesta primeira etapa, foram explicados os objetivos da pesquisa e instrumentos ou técnicas a serem utilizadas para a coleta de dados, bem como os aspectos éticos. Os momentos de convite aos participantes das entrevistas ocorreram nas idas da pesquisadora às UBS, para realização da observação participante. E conseqüentemente aconteciam as entrevistas (de acordo com o aceite dos participantes e disponibilidade sem comprometer o processo de trabalho. A partir do aceite desses profissionais (médicos, enfermeiros e gerentes), foram agendados dias e horários conforme disponibilidade desses, onde também não impactasse nas atividades de assistência nas unidades básicas. Foi oferecido prioritariamente a realização de entrevistas remotas, mas alguns profissionais optaram pela entrevista presencial. Logo, os convites foram feitos um-a-um para os profissionais que os gerentes realizavam contato inicial, conforme fluxograma abaixo:

Figura 3 - Fluxograma do contato para participação das entrevistas



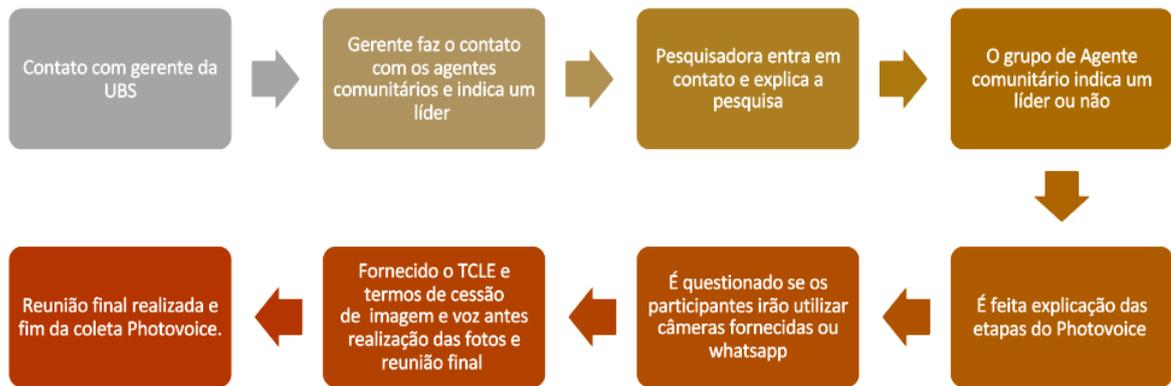
Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2024.

Reporta-se que os gerentes também foram entrevistados. Para esses profissionais, o convite foi realizado diretamente com eles. No caso desses profissionais, não houve recusa de participação na pesquisa.

Em relação ao *Photovoice*, foram convidados dois líderes comunitários por unidade básica, totalizando oito potenciais participantes. Entretanto, apenas quatro líderes comunitários aceitaram, sendo dois líderes pela UBS A, um líder na UBS B e um na UBS D. Contudo, um líder apenas participou, de fato, na UBS A, por motivos não identificado. O outro líder

comunitário da UBS A parou de ser responsivo em relação aos contatos feitos pela pesquisadora, já que nessa unidade a realização do *Photovoice* foi 100% remota. Não foi possível o aceite dos líderes da UBS C por questões relacionadas à logística e ao tempo disponível dos mesmos, porém não houve uma formalização da negativa. Esse processo está demonstrado no fluxograma abaixo:

Figura 4 -Fluxograma do contato para participação do Photovoice



Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2024.

Ainda sobre os participantes do *Photovoice*, 11 agentes comunitários de saúde foram da UBS A, com participação de um líder comunitário; três agentes comunitários de saúde da UBS B e um líder comunitário; dois agentes comunitários da UBS C, sem participação de liderança comunitária; e seis agentes comunitários de saúde da UBS D e uma liderança. Ou seja, para o *Photovoice* foi computado um total de 25 participantes, entre ACS e líderes comunitários.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados para o estudo foi realizada no período de agosto de 2021 a junho de 2022, o que implicou na busca de documentos, bem como desenvolvimento de entrevistas, observação participante e *Photovoice*.

O início da geração de dados se deu por meio da realização de revisão de escopo. Esta coleta aconteceu de agosto até dezembro de 2021. Esta estratégia visou o mapeamento dos conceitos de “Tecnologia Social” em estudos sobre gestão do risco de desastres. Após, foi realizada a coleta dos documentos oficiais sobre a reorganização da APS, que estavam disponíveis em sites oficiais, como das secretarias municipais e estaduais de saúde, além do Ministério da Saúde.

Na sequência, foi iniciada a coleta de dados nas UBS, cujos profissionais aceitaram participar da pesquisa. Houve coletas concomitantes, como a realização da observação participante e entrevistas. O *Photovoice* começou a ser coletado quando a observação participante e os documentos já haviam sido coletados, e foi realizada sequencialmente nas UBS A, B, C e D, respectivamente.

Para o objetivo geral, este será atendido através da síntese de evidências estruturada por meio de triangulação de dados coletados por aplicação de instrumentos para entrevistas, análise documental e técnica do *Photovoice*, como também pela articulação dos conceitos, teorias e modelos conceituais mapeados na revisão de escopo, que abordam o uso de tecnologias sociais. Ressalta-se que, para a construção de pesquisas de estudo de caso, faz-se necessária a realização de revisão de literatura.

Os roteiros para coleta de dados qualitativos foram construídos pensando em atender os objetivos específicos e, conseqüentemente, o objetivo geral. Outrossim, é apresentado no quadro a seguir cada método/técnica utilizada para o alcance dos objetivos específicos do estudo.

Quadro 1 – Métodos/técnicas de coleta e objetivos específicos correlatos

Método/Técnica	Objetivo(s)
Revisão de escopo	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral • Discutir o emprego de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde como estratégia de gestão do risco de desastres
Entrevistas semiestruturadas	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e os três objetivos específicos.
Observação participante	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e os três objetivos específicos.
Análise documental	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e os três objetivos específicos.
<i>Photovoice</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral • Identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da pandemia de COVID-19, • Discutir o emprego de tecnologias sociais no âmbito da atenção

	primária à saúde como estratégia de gestão do risco de desastres.
--	---

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2024.

4.4.1 Revisão de escopo

4.4.1.1 Operacionalização

A revisão de escopo buscou atingir o objetivo geral e o terceiro objetivo específico desta pesquisa, buscando tratar do emprego de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde como estratégia de gestão do risco de desastres. Esse movimento buscou mapear os conceitos de tecnologia social, a fim de ser identificada sua aplicabilidade e especialmente para embasar os roteiros dos instrumentos de coleta de dados (entrevistas, observação participante, análise documental e *Photovoice*). Nesse sentido, o objetivo desta revisão de escopo visou mapear a literatura técnico-científica sobre o desenvolvimento de tecnologias sociais em processos de gestão do risco de desastres em comunidades vulneráveis.

A revisão de escopo compõe as indicações metodológicas propostas pelo *JB1*, sendo norteado pelo Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA – ScR) Checklist. Essa estratégia de revisão ampliada de literatura permite a síntese do conhecimento e mapeamento de conceitos em uma área específica de pesquisa (TRICCO *et al.*, 2018; *JB1*; 2020).

O protocolo desta revisão foi registrado no Open Science Framework (<https://osf.io/xm4e5>). Adotou-se a sigla PCC (População, Conceito e Contexto), em que ‘P’ refere-se às comunidades vulneráveis (âmbito da Atenção Primária à Saúde); ‘C’ diz respeito ao conceito de TS, e ‘C’ concerne aos desastres (de qualquer tipologia, de origem natural e/ou tecnológica). Logo, a pergunta da revisão foi assim estruturada: quais os conceitos de TS vêm sendo aplicados para a abordagem de ações de gestão do risco de desastres voltadas às comunidades vulneráveis?

A partir dos elementos dessa sigla, realizou-se o mapeamento dos possíveis termos nos vocabulários controlados: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) via Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde; *Medical Subject Headings* (MeSH) por meio do Pubmed; e *Emtree* (*Embase subject headings*) da base de dados EMBASE (*Elsevier*). Após a realização de busca preliminar onde???, identificaram-se termos adicionais nos títulos, resumos e descritores/MeSH de artigos.

Como estratégias de busca, definiu-se a associação dos conjuntos de termos relacionados com o Conceito e com o Contexto, utilizando os operadores booleanos *OR*, o qual permite o agrupamento/soma dos sinônimos, e *AND*, que faz a interseção dos termos. Considerando os termos MeSH, Emtree e DeCS, associados às palavras-chave da sigla PCC, a estratégia de busca na SCOPUS ficou assim constituída: (TITLE-ABS-KEY ('Culturally Appropriate Technology' OR 'Culturally Appropriate Technologies' OR 'Intermediate Technology' OR 'Intermediate Technologies' OR 'Soft Technology' OR 'Soft Technologies' OR 'appropriate technology' OR 'social technologies' OR 'social technology' OR 'interactionist technologies' OR 'interactionist technology' OR 'social innovation' OR 'social innovations') AND TITLE-ABS-KEY (disaster* OR emergencie* OR pandemics OR pandemic OR covid-19 OR '2019 nCoV Disease' OR '2019 nCoV Infection' OR '2019 Novel Coronavirus' OR '2019-20 China Pneumonia' OR '2019-20 Wuhan Coronavirus' OR '2019-nCoV Acute Respiratory Disease' OR 2019-ncov OR '2019-New Coronavirus' OR 'Coronavirus Disease 19' OR 'Coronavirus Disease 2019' OR 'Coronavirus Disease-19' OR 'COVID 19' OR covid19 OR 'Novel Coronavirus Pneumonia' OR 'SARS Coronavirus 2 Infection' OR 'SARS CoV 2 Infection' OR 'SARS CoV 2 Infections' OR 'Wuhan Coronavirus' OR 'Wuhan Seafood Market Pneumonia' OR 'Primary Health Care' OR 'Primary Healthcare' OR 'Primary Care' OR 'Health Centers' OR 'Health Center' OR 'Health Posts' OR polyclinic OR 'Unified Health System' OR 'Brazilian Unified Health System' OR 'Brazilian Unified National Health System' OR 'Single Health Care System OR 'Single Health System' OR 'Unified Health Care System'))).

As buscas foram realizadas de agosto a dezembro de 2021, nas bases de dados referenciais dos portais de informação e de literatura cinzenta: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de responsabilidade da Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) nas suas principais bases de dados – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Bibliográfico Español em Ciencias (Ibecs), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS-Desastres); e, também, o Portal Pubmed e Pubmed Central (PMC) da National Library of Medicine (NLM) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Sobre as buscas, é apresentado no APÊNDICE L as estratégias de busca para cada bases de dados e portais de informação, e de literatura cinzenta.

No Portal de Periódicos da Capes foram acessadas as bases de dados: Elsevier: Embase e Scopus, Clarivate Analytics: Web of Science, Ebsco: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e APA PsycInfo – American Psychological Association.

Também foi empregado o portal integrador e de literatura cinzenta Science.gov: USA.gov; e a Epistemonikos: Database of the best Evidence-Based Health Care, information technologies and a network of experts. Como orientado pelo PRISMA-ScR, não foram definidos limites idiomáticos e período de publicação dos estudos.

4.4.1.2 Análise dos dados da revisão de escopo

Os resultados das buscas foram importados no gerenciador de referências Endnote para identificação das duplicações; e, posteriormente, exportados para o aplicativo Rayyan do Qatar Computing Research Institute (QCRI) desenvolvido para auxiliar pesquisadores no processo de seleção de revisões de literatura. O sistema permite a seleção de título e resumo, realizada de forma cega pela equipe de revisores colaboradores, os quais podem conduzir a seleção individualmente, simultaneamente, acionando as opções de cegamento nos botões *Blind On* ou *Blind Off*.

A seleção por título e resumo foi orientada pelas razões de exclusão (*Reasons*) em relação à População, Conceito e Contexto. A partir dessa primeira etapa, o controle do processo de exclusão e inclusão por meio da leitura das fontes de informação apresentadas em textos completos foi realizado em planilha Excel[®] gerada a partir do Rayyan, com identificação de rótulos/etiquetas (*Labels*). Vale ressaltar que a revisão contou com três revisores, dos quais dois realizavam a leitura e seleção por título e resumo, enquanto que o terceiro revisor resolveu os conflitos (quando um revisor incluía um estudo e o segundo excluía).

Após a seleção por texto completo foi realizada a recuperação de estudos no Google Acadêmico, assim como inclusão de pesquisas observadas nas referências (busca secundária) das pesquisas incluídas, que estavam de acordo com o objetivo desta revisão de escopo. No total, apenas uma pesquisa foi recuperada no Google Acadêmico e nenhuma nas referências das pesquisas incluídas, visto que foram também observados os critérios de elegibilidade por meio da sigla PCC.

Para extração de dados, foi desenvolvida uma planilha com os seguintes itens para mapeamento de evidências: identificação, tipo de TS, autoria, ano, país, objetivos, método, tipo de estudo, conceito de TS, tipo de fonte de informação, conclusão e referência do conceito abordado. Como foram selecionadas fontes que traziam o conceito de TS, a descrição de cada

conceito foi considerada a partir da citação direta, utilizando aspas e a referência quando esta estava explícita no estudo. Caso contrário, entendia-se que o próprio autor do estudo era o detentor daquela conceituação, e assim realizava-se a paráfrase.

4.4.2 Entrevistas semiestruturadas

4.4.2.1 Operacionalização

A realização de entrevistas semiestruturadas com gerentes, enfermeiros e médicos das unidades básicas de saúde buscou atingir o objetivo geral e os três objetivos específicos. Os roteiros das entrevistas semiestruturadas para enfermeiros e médicos foram elaborados a partir dos seguintes itens: a primeira parte com dados de perfil, e a segunda parte com quatro eixos temáticos (vulnerabilidades, reorganização da APS - preparação e resposta, gestão do risco de desastres - comunicação de risco, pós-desastre, lições aprendidas e tecnologias sociais). Para o cargo de gerente, a única diferença do instrumento foi a inclusão de mais um eixo temático sobre a gerência da UBS, na segunda parte do roteiro de entrevistas.

4.4.2.2 Análise de dados das entrevistas

O tratamento inicial do conteúdo das entrevistas foi realizado após a composição do *corpus* textual, isto é, depois de transcrever os áudios e suprimir os vícios de linguagem. Com isso, as entrevistas foram tratadas com auxílio do *Iramuteq*®, um software do tipo CAQDAS, que pode gerar cinco tipos de análises lexicais. Nessa pesquisa foram utilizadas as seguintes análises lexicais: nuvem de palavras, análise de similitude e classificação hierárquica descendente (CHD).

4.4.3 Observação participante

4.4.3.1 Operacionalização

A observação participante buscou atender ao objetivo geral e também aos três objetivos específicos. De acordo com Richardson *et al.* (2012), a técnica da observação participante envolve exame minucioso acerca de um objeto ou fenômeno que pode ocorrer no seu todo ou em algumas partes, sendo uma maneira de captar precisamente os aspectos do fenômeno analisado.

4.4.3.2 Análise de dados da observação participante

A observação participante foi pensada neste estudo para que a pesquisadora pudesse está mais próxima do contexto das unidades básicas de saúde estudadas, e para que houvesse a possibilidade de se atingir com maior exatidão e foco os objetivos propostos.

4.4.4 Análise documental

4.4.4.1 Operacionalização

A análise documental foi realizada com a finalidade de atingir o objetivo geral, além dos três objetivos específicos. A análise documental trata-se de um procedimento no qual o pesquisador não constrói os dados de forma direta, assim como as informações analisadas no decorrer da pesquisa, cabendo circunscrever o que será levado em conta do documento, assim como tratar tais dados com uma lente epistemológica (Grazziotin; Klaus; Pereira, 2022).

4.4.4.2 Análise de dados da análise documental

Em relação à análise documental, os documentos foram selecionados por meio de critérios de inclusão específicos. Com isso, foi elaborado um instrumento com esses critérios (Apêndice B). Esses critérios apontaram que o documento deveria estar em domínio público ou ser um documento irrestrito para realização da pesquisa, não sendo necessário o uso do Termo de Confidencialidade para análise documental.

Assim, a análise dos documentos foi realizada com o propósito de contextualizar a pandemia de COVID-19 no âmbito das unidades básicas de saúde. Para tanto, foi elaborado um arquivo no formato Microsoft Excel® para extração dos dados dos documentos que foram selecionados com os seguintes itens: código do documento, título do documento, esfera de governo, temática exclusiva sobre APS, objetivos, autoria e função técnica, data da primeira versão e edições posteriores, vulnerabilidades dos estabelecimentos de saúde (estrutural, não estrutural e funcional), vulnerabilidades (ambiental, social e de saúde), reorganização, gestão política, experiências anteriores (lições aprendidas), implementação de alguma tecnologia social e link online ou url onde está disponível.

4.4.5 Photovoice

4.4.5.1 Operacionalização

A técnica do *Photovoice* foi utilizada nessa pesquisa com a finalidade de atender ao objetivo geral (analisar o desenvolvimento de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde em unidades básicas do município do Rio de Janeiro, com enfoque na gestão de rico de

desastre no contexto da pandemia de COVID-19), assim como os objetivos específicos: 1- identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da pandemia de COVID-19; 2- descrever os processos de reorganização da atenção primária à saúde e desenvolvimento de tecnologias sociais para resposta emergencial à pandemia de COVID-19; 3- discutir o emprego de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde como estratégia de gestão do risco de desastres).

De acordo com Fernandes et al (2019b),

A finalidade do método é ter acesso ao mundo dos indivíduos, tornando-o mais acessível para os participantes e para os pesquisadores. O mundo do participante é retratado por ele próprio por meio de suas fotografias, que são interpretadas por ele, criando oportunidades de diferentes perspectivas para o pesquisador. As imagens e histórias associadas são desenvolvidas através do diálogo em grupo, que ajuda a compartilhar experiências de mudança das pessoas. O método permite potencializar a força e a capacidade de pessoas oprimidas e vulneráveis, facilitando seu empoderamento e conferindo a cada um mais controle sobre sua vida e para enfrentar seus desafios.

Vale explicitar, que a coleta de dados pela técnica de *Photovoice* foi realizada sequencialmente nas UBS selecionadas para esta pesquisa. Já a coleta através de entrevistas com gerentes e demais profissionais elencados nos critérios de inclusão (de qual técnica?) ocorreram concomitantemente, assim como a análise documental e observação participante.

Sobre a coleta de dados pelo *Photovoice*, foi solicitado aos ACS e ao gerente, no momento do aceite da participação da pesquisa, a sugestão de dois líderes comunitários. Ou seja, para cada UBS foram apontados dois líderes comunitários, através dos gerentes e agentes comunitários de saúde que concordaram em participar do estudo.

Em um segundo momento, após a indicação pelos ACS e gerente dos líderes comunitários, bem como a concordância de participação da pesquisa por estes, foi pactuada nova ida da pesquisadora à UBS para a realização da técnica de *Photovoice*. A pesquisadora realizou o convite aos líderes comunitários de forma remota, via telefone, após a indicação por ACS e gerentes participantes.

Para a realização da técnica de *Photovoice* com os ACS e líderes comunitários, foi elaborada a operacionalização a partir de adaptações do que foi proposto por Wang e Burris (1997), conforme as etapas sequenciais descritas a seguir:

1. Convite aos participantes (ACS e líderes comunitários), quando houve a explicação dos objetivos da pesquisa, e aspectos éticos;
2. Criação de um grupo em aplicativo de software (WhatsApp®) com os ACS e líderes comunitários, que optarem por enviar fotos feitas pelo próprio aparelho de celular. Este

grupo foi formado por não haver nenhum participante que optou pelo uso da câmera fotográfica fornecida pela pesquisadora, uma vez que eles utilizaram a câmera de seus smartphones. Por isso, foi criado este grupo no aplicativo de mensagens;

3. Produção e envio de fotografias pelos participantes a partir de duas questões norteadoras;
4. Revelação das fotos pela pesquisadora para oportuna reflexão/discussão junto aos participantes;
5. Realização de reunião com o grupo, a fim dos participantes apresentarem as próprias fotografias e refletir/discutir sobre as mesmas.

Sobre o grupo de discussão, que se deu na última etapa, os ACS e líderes comunitários foram orientados a realizar as seguintes ações sequencialmente (Wang; Burris, 1997):

1. Selecionar: escolha das fotos que mais refletem as necessidades de saúde e recursos da comunidade relacionados à pandemia;
2. Contextualizar: discussão sobre histórias relacionadas aos significados das fotos;
3. Codificar: identificação dos temas e questões que irão emergir do processo de discussão.

Foi elaborado um instrumento para realização da técnica, com perguntas norteadoras para os ACS e líderes comunitários, assim como roteiro para conduzir a reunião para discussão/debate (Apêndice E). As perguntas para os participantes foram: quais são os problemas relacionados à saúde da comunidade durante a pandemia? Existe alguma forma de proteção da própria comunidade ou implementada pela sua unidade de saúde para proteger as pessoas mais vulneráveis?

A reflexão/discussão/debate sobre aspectos das fotos selecionadas pelos participantes foi baseada no acrônimo SHOWED¹⁶: O que você vê aqui? O que está acontecendo? Como isso se relaciona com nossas vidas? Por que esse problema existe? E o que podemos fazer sobre isso?

Para captação de todos os aspectos da discussão foram utilizados gravadores de áudio para registro das informações. Ademais, o espaço de debate utilizado na UBS A foi remoto. Na UBS B foi realizada no auditório da própria unidade. Já nas UBS C e UBS D foi realizada em um dos consultórios cedidos por não estarem em uso no momento.

Inicialmente, a UBS A, que contou com 13 participantes no Photovoice, sendo a menor unidade (com apenas três equipes de saúde da família), produziu 50 fotografias, das quais 11

¹⁶ Shaffer, R. (1983). *Beyond the dispensary*. Nairobi: AMREF (The African Medical and Research Foundation).

foram selecionadas para discussão. Na UBS B, que contou com quatro participantes, foram inicialmente produzidas nove 9 fotografias, das quais quatro foram selecionadas para discussão. Na UBS C, houve dois participantes, os quais produziram inicialmente três fotografias, sendo todas selecionadas para discussão. Já na UBS D, que contou com seis participantes, foram produzidas inicialmente 24 fotografias, das quais 11 foram selecionadas para discussão.

4.4.5.2 Análise de dados

Sobre o *Photovoice*, essa estratégia foi dirigida aos Agentes Comunitários de Saúde e líderes comunitários, a fim de que levantem questões sociais relacionadas à assistência e gestão local de desastres biológicos no âmbito das UBS e da própria comunidade adscrita, com o intuito de promover ou amplificar o debate sobre a estratégia de melhor resposta à COVID-19.

Nesse sentido, o *Photovoice* foi utilizado nesta pesquisa com a finalidade de dar voz aos moradores das favelas, que tem as UBS como pontos de atenção à saúde. Isso se deu a partir da produção das fotografias e de seus relatos, donde foi possível compreender suas percepções acerca do fenômeno estudado.

4.5 TRATAMENTO E TRIANGULAÇÃO DOS DADOS

Por ser um estudo de caso múltiplos, de abordagem qualitativa, os dados foram analisados à luz do referencial teórico, e em articulação às bases conceituais acerca de tecnologias sociais e da gestão do risco de desastres.

Foi utilizado como forma de apoio no processamento dos dados qualitativos o software *Iramuteq*® (que é do tipo CAQDAS), sejam estes levantados a partir das entrevistas semiestruturadas (após transcrição das mesmas), bem como através da junção dos dados coletados pela técnica de *Photovoice*.

Sobre o *Iramuteq*®, este software reúne um conjunto variado de abordagens chamadas de lexicométricas, a saber: análise de especificidades, estatísticas textuais clássicas, análise fatorial por correspondência, análise de especificidades, análise prototípica de evocações e nuvem de palavras, e análise de similitude (Camargo; Justo, 2013).

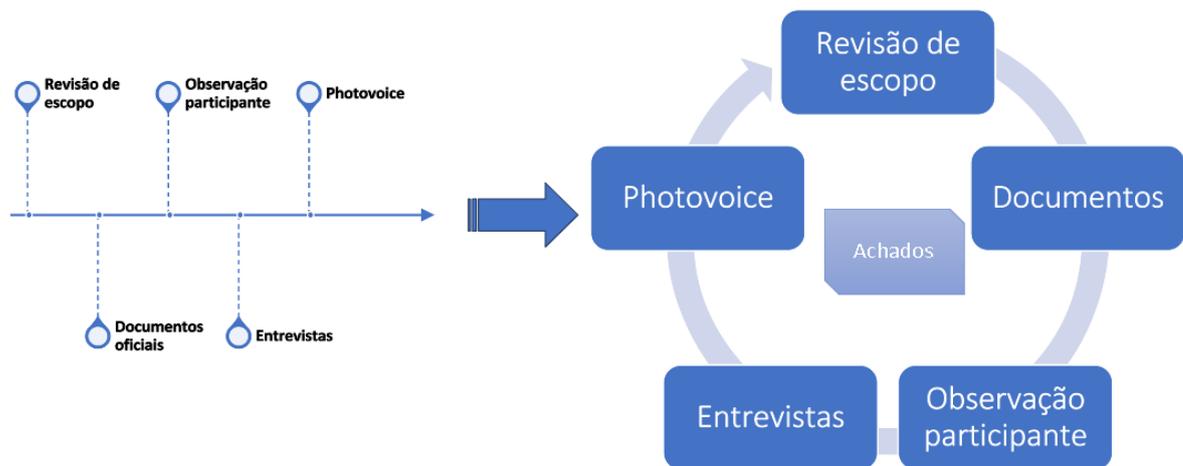
Este software também irá auxiliar na triangulação de dados como a integração de textos com as fotografias, para que assim a pesquisadora possa analisar através da lente teórica selecionada previamente (referencial teórico).

O estudo de caso busca ter um efeito generalizante de suas premissas teóricas. Através da generalização analítica faz com que se consiga extrapolar o que se achou na pesquisa e em

seu modelo estudado, como atributos principais, características e formas de funcionar a fim de aplicar em outros contextos, para além do que fora estudado (Yin, 2015).

Em relação à cronologia, foi estabelecido um gráfico autoexplicativo sobre o uso desses dados para análise e triangulação.

Figura 5-Cronologia da coleta, análise e triangulação dos dados



Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2024.

Entretanto, é preciso ressaltar que o software Iramuteq® foi utilizado para auxílio da análise dos dados das entrevistas e do *Photovoice*. Logo, a partir das análises feitas com auxílio do mesmo era realizada a convergência com as demais fontes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram observados os preceitos éticos e legais no curso do desenvolvimento desta pesquisa, especialmente o que prevê a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que contempla as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, assim como a Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, que contempla as normativas das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS.

Assim, o estudo foi submetido à Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, bem como do CEP da Secretaria Municipal de Saúde (instituição coparticipante), responsável pelas Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. A pesquisa foi então aprovada sob os respectivos números de parecer: 4.503.630 (CAAE 40119220.0.0000.5238) e 4.644.749 (CAAE 40119220.0.3001.5279).

Cabe ressaltar que, na ocasião da submissão do projeto à Plataforma Brasil, fora enviada a carta de anuência, termo de ciência do responsável pelo setor, o que se deu após a apreciação do projeto pelo Centro de Estudos da Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde da AP 3.1.

Para a etapa de coleta de dados foi realizado o convite individual ou em grupo dos profissionais dos cenários, assim como os líderes comunitários apontados pelos profissionais dessas unidades (gerentes e agentes comunitários de saúde). Em todas as abordagens dos participantes foi realizada a explicação da pesquisa, quando foram esclarecidos os seus objetivos. Com o aceite os participantes, os mesmos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias para assinatura, sendo uma para o participante e a outra para a pesquisadora. Para os participantes da técnica do *Photovoice*, foi também solicitado o uso das imagens produzidas.

Vale pontuar que, com o contexto da pandemia de COVID-19, foi considerada, em alguns momentos, a coleta de dados em formato remoto ou comunicação virtual entre pesquisadora e participantes. Frente a isso, o TCLE pôde ser enviado também de forma virtual, atendendo as resoluções nº466/2012 e nº 580/2018. As entrevistas remotas ocorreram em plataforma virtual (*Google meet*), com gravação do áudio do momento desta coleta de dados. O *Photovoice* também pôde ocorrer em sua etapa final (de discussão e seleção das fotos) de forma remota.

Os riscos potenciais deste estudo estiveram vinculados ao risco de ordem emocional, ou de constrangimento no decurso da realização das entrevistas e *Photovoice*. Contudo, a pesquisadora se comprometeu a zelar pelo bem-estar e integridade dos participantes, respeitando valores sociais, religiosos, culturais e éticos, da mesma forma que com costumes e hábitos dos mesmos.

Vale ressaltar que a participação não foi obrigatória e, além disso, ao concordar em participar, o indivíduo pôde a qualquer momento da coleta de dados desistir de colaborar com a pesquisa. Foi também conferida a confidencialidade tanto para os participantes da pesquisa. Para tanto, foram utilizadas as seguintes nomenclaturas: P1, P2, P3 etc.. Para o *Photovoice*, adotou-se a nomenclatura ‘Participantes da UBS A’, por exemplo). Após aprovação da pesquisa pelos Comitês de Ética, os nomes das UBS foram ocultados, a fim de conferir confidencialidade. Desse modo, foram adotadas as nomenclaturas: UBS A, UBS B, UBS C e UBS D, em vez dos nomes próprios dessas unidades.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram categorizados e tabulados e recombinaados para ter como produto final as descobertas com base no empirismo e assim realizar a análise dos dados. A síntese dos achados foi obtida a partir da triangulação desses dados, visto que é uma alternativa para validação de pesquisas de abordagem qualitativa, principalmente ao utilizar múltiplas fontes e técnicas de coleta, com conceções teóricas e atores distintos. Com efeito, assegura a compreensão do fenômeno investigado (Zappellini; Feuerschütte, 2015). Abaixo é apresentado o quadro com todas as fontes de dados:

Quadro 2 - Síntese de evidências

Tipos de fontes	Quantidade	Vulnerabilidades	GRD	Tecnologia Social
Revisão de escopo	01 revisão	Todos os estudos incluídos apontavam para vulnerabilidade social, ambiental e de saúde.	Para percepção de riscos; comunicação de risco; preparação e resposta.	-Metodologias participativas para percepção de riscos de desastres -Centro de Informática do conhecimento em abrigos de ciclones multifuncionais locais -O núcleo de oficinas e trabalho - Democracia, livre mercado e investigação científica. -Bricolagem social; -Redes sociais; -Reconvenção produtiva;
Análise Documental	30 documentos	-Vulnerabilidade de saúde, ambiental e social.	-Suspensão das consultas programadas e visitas domiciliares; -Reorganização dos setores para minimizar os riscos de adoecimento; -Abertura de setor ao ar livre anexo às UBS e teleatendimento;	-Rádio comunitária; -Fitoterápicos; -Máscaras caseiras; -Carros de som

Observação participante	4 diários de campo	Foi observado em todas as 4 UBS vulnerabilidades sociais, de saúde, funcional e não estrutural.	A pesquisadora observou mudanças no processo de trabalho, com a suspensão de consultas programadas, isolamento de setores das UBS pra diferenciar os atendimentos de indivíduos com síndrome gripal e a obrigatoriedade do uso de EPIs.	-Agrofloresta; -Caixa d'água comunitária; -Máscaras de tecido
Entrevistas semiestruturadas	22 entrevistas	Grande parte dos entrevistados reconheceu as vulnerabilidades de saúde, funcionais e não-estruturais como presentes nas UBS. E apontava as vulnerabilidades sociais e ambientais relacionadas ao território e à população.	Os participantes abordaram sobre a reorganização dos processos de trabalho, sobre como era feita a comunicação de risco com a comunidade adstrita, a preparação, mitigação e resposta durante o período pandêmico.	-Proteção para realização de puff com luva descartável -Agrofloresta
<i>Photovoice</i>	4 reuniões com 10 fotografias utilizadas (total de 50 fotos da UBS A; 18 fotos UBS B; 3 UBS C; 31 UBS D)	As fotografias produzidas mostraram as vulnerabilidades funcionais, não-estruturais, sociais, ambientais e de saúde.	Comunicação de risco, mitigação, prevenção, reabilitação.	-Máscaras de tecido; -Doação de quentinhas; -Caixa D'água; -Agrofloresta

Neste quadro foram incluídas as informações mais relevantes a fim de obter uma convergência para atingir os objetivos, são eles: as vulnerabilidades envolvidas na gestão do risco da pandemia; os processos descritos referentes à Gestão do Risco de Desastres (Narvaez, Lavell; Ortega, 2009). Entretanto, nas próximas subseções os dados serão tratados de forma a responder os objetivos específicos e o objetivo geral dessa pesquisa.

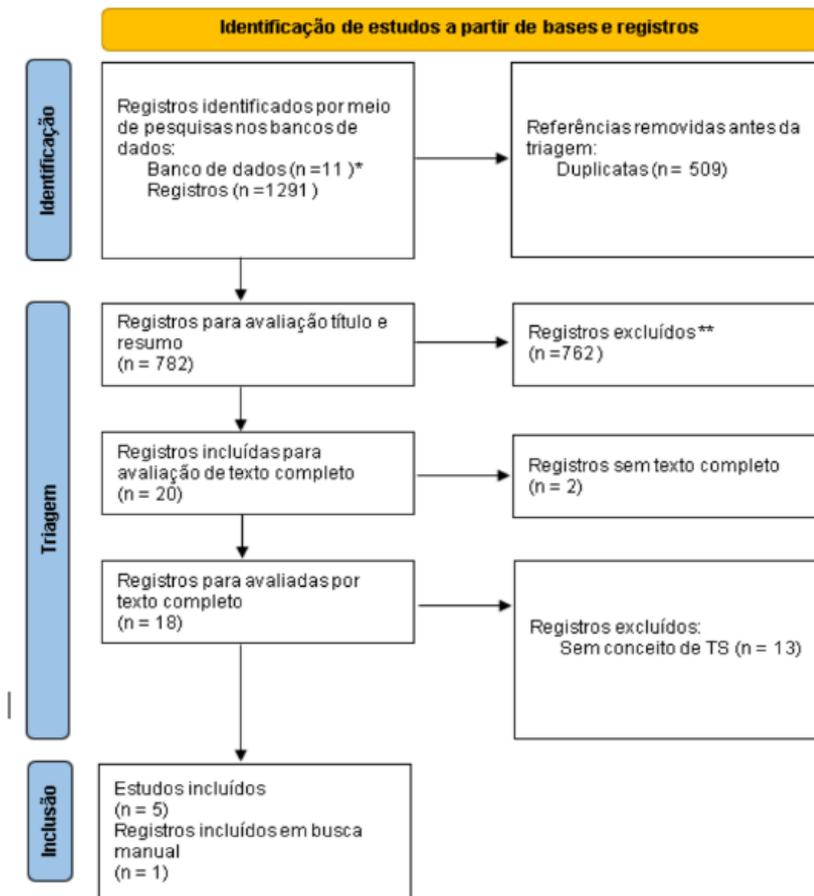
5.1 TECNOLOGIAS SOCIAIS PARA AÇÕES DE GESTÃO DO RISCO EM DESASTRES: REVISÃO DE ESCOPO

Para a revisão de escopo foi traçada a seguinte questão: ‘quais os conceitos de tecnologia social vêm sendo aplicados para a abordagem de ações de gestão do risco de desastres voltadas às comunidades vulneráveis?’. Partiu-se da premissa de que a compreensão de tais conceitos, ora em vias de (re)conhecimento pelos estudiosos dos desastres, podem ser estruturantes para se empreender melhores padrões de enfrentamento de tais fenômenos.

Sobre a os resultados da revisão de escopo, aponta-se que, conforme demonstrado na *figura 1*, foram recuperadas 1.291 publicações potencialmente elegíveis (BVS: 240; CINAHL: 99; EMBASE: 153; Epistemonikos: 44; PMC: 25; PsyInfo: 47; Pubmed: 134; SciELO: 53; Scielo.gov: 04; SCOPUS: 341; Web of Science: 151). Deste total, 509 publicações foram excluídas, pois estavam duplicadas. Com isso, 782 pesquisas permaneceram para a etapa de análise de títulos e resumos; e, deste total, mantiveram-se 20 estudos para leitura na íntegra, visto que se enquadravam aos termos do mnemônico PCC, apresentando em seu bojo populações vulneráveis (P = População), em desastres (C = Contexto) e a aplicação de tecnologias sociais como elemento-chave a ser analisado (C = Conceito).

A partir dessa delimitação, foram excluídos 727 estudos por não apresentarem o conceito; 30, por não estarem de acordo com o contexto; três, devido à ausência da população vulnerável; e dois por estarem duplicados. Desses, dois estudos foram excluídos por impossibilidade de acesso ao texto completo; e 13 não traziam em seu conteúdo o conceito de TS, restando apenas cinco estudos para análise. Por fim, após busca manual no buscador acadêmico *Google Scholar*, foi adicionado um estudo à revisão, que estava de acordo com os critérios de elegibilidade, totalizando seis estudos selecionados.

Figura 6 - Fluxograma PRISMA ScR, Rio de Janeiro, 2023



* Registros para cada banco de dados: BVS (n= 240); CINAHL (n= 99); Embase (n= 153); Epistemonikos (n= 44); PMC (n= 25); PsycInfo (n= 47); Pubmed (n= 134); SciELO (n= 53); Science.gov (n= 4); Scopus (n= 341); WOS (n= 151)

** Registros excluídos na leitura do título e resumo e sua razão: População (n= 3); Conceito (n= 727); Contexto (n= 30); Duplicata (n=2).

A partir da análise dos seis estudos, foi elaborado o quadro 3, no qual se pode depreender que não há concentração de pesquisas em um determinado ano, que predominam estudos em dois idiomas: inglês (n=3) e português (n=3). No que tange ao periódico, identificou-se a publicação de dois artigos em revista científica (Revista Tecnologia e Sociedade), duas fontes publicadas em conferências (ACM International Conference Proceeding Series), e duas fontes publicadas em livros (Freedom of Expression in a Diverse World e Reduction of Vulnerability to Disasters: from knowledge to action).

Quadro 3 - Caracterização das fontes selecionadas, segundo ano de publicação e tipo.

Identificação	Título	Ano	Tipo
---------------	--------	-----	------

P1	Free Speech and the Social Technologies of Democracy, Scientific Inquiry and the Free Market	2010	Livro – Freedom of Expression in a Diverse World
P2	Reconversão produtiva no contexto da COVID-19: uma análise dos impactos em campo de pesquisa de pós-graduação	2020	Revista – Tecnologia e Sociedade
P3	Studying social technologies and communities of volunteers in emergency management	2013	Trabalho publicado em Anais (conferência) – ACM International Conference Proceeding Series
P4	Building resilient community using social technologies: A precursory measure for effective disaster management	2019	Trabalho publicado em Anais (conferência) – ACM International Conference Proceeding Series
P5	Inovação e bricolagem sociais com intermediação após um desastre em Córrego d'Antas	2021	Revista – Tecnologia e Sociedade
P6	Tecnologia social como ferramenta para a redução de vulnerabilidade a desastres	2017	Livro – Reduction of Vulnerability to Disasters: from knowledge to action

Fonte: elaboração própria.

No quadro 4 a seguir, no que diz respeito ao tipo de desastre, dos seis estudos, três abordaram exclusivamente em seu conteúdo desastres de origem natural (biológicos, hidrológicos e geológicos), um dos estudos abordou desastres de origem natural (hidrológicos - inundações) e de origem tecnológica (incêndios urbanos), e apenas dois trataram dos desastres de forma geral ou sem origem definida. Em relação ao tipo de estudo, observou-se maior número de estudos de caso em relação às demais (n=2).

Quadro 4. Distribuição dos estudos segundo os tipos de desastres, tipo de estudo e país.

Tipo de desastre	Tipo de estudo	País
Desastres em geral (sem especificar)	Ensaio	EUA
Desastre natural de tipologia biológica (COVID-19)	Nota técnica	Brasil
Desastres em geral (sem especificar)	<i>Survey</i>	Espanha
Desastre natural de tipologia meteorológica (ciclones)	Pesquisa de campo	Índia

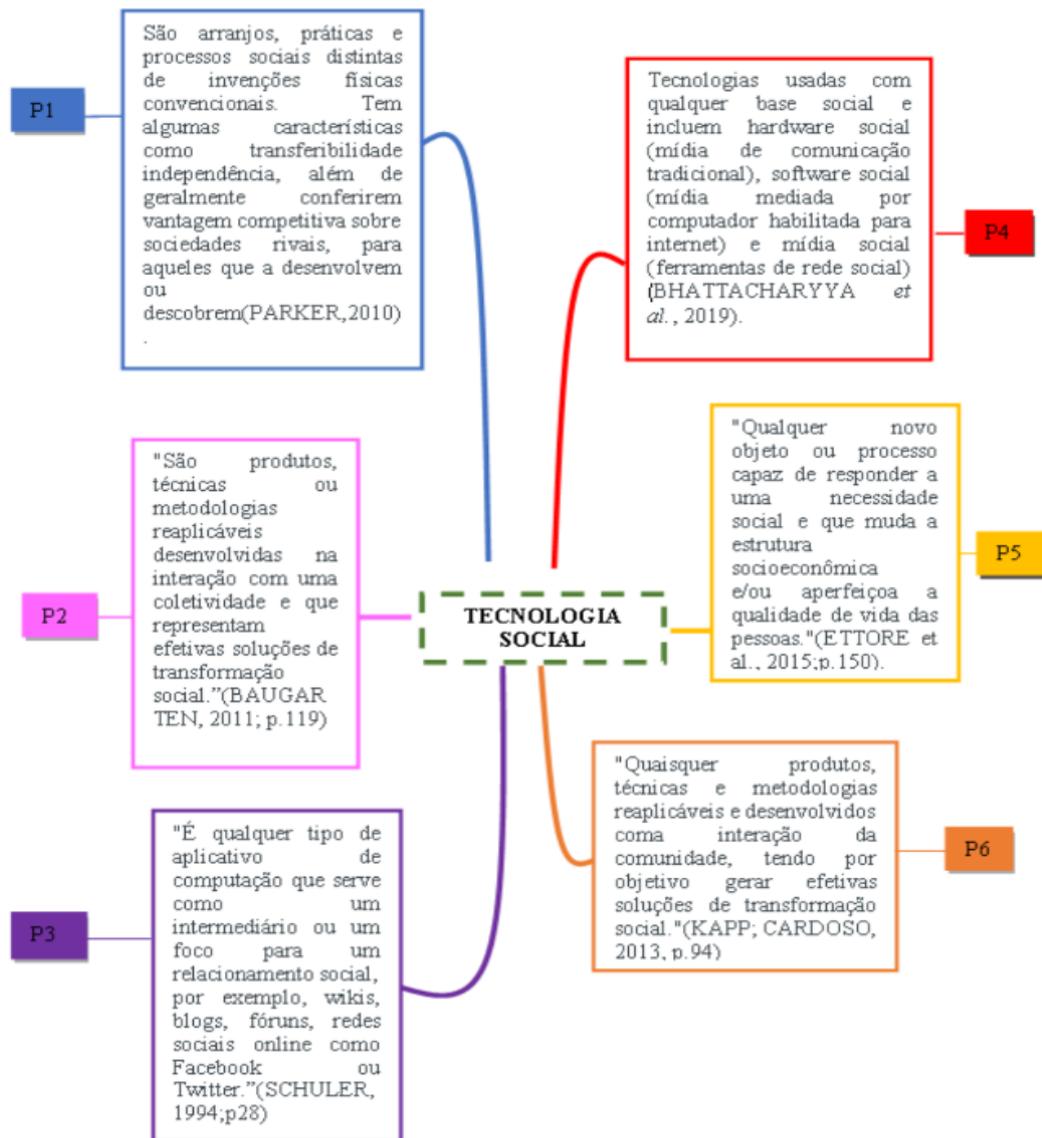
Desastre natural meteorológico - chuvas intensas (múltiplos desastres: enchentes e deslizamentos).	Estudo de caso	Brasil
Desastres naturais (inundações) e tecnológicos (incêndios urbanos).	Estudo de caso	Brasil

Fonte: elaboração própria.

Entre os países de origem dos estudos, o Brasil figurou como o que mais publicou sobre o conceito de TS relacionado com as populações vulneráveis em desastres (n=3). Posto isso, pode-se compreender que o conceito de TS tem seus pilares mais difundidos no país, o que pode ter relação com o projeto de lei sobre a implementação da política de TS pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações no ano de 2011⁹.

A partir dos conceitos de TS trazidos em cada um dos seis estudos incluídos nesta revisão de escopo, foi elaborado um mapa mental, como demonstra a figura 7 a seguir:

Figura 7- Mapa Mental dos conceitos de tecnologia social



Fonte: Elaboração própria.

No que tange ao mapa mental, esse tipo de abordagem foi selecionado para melhor compreensão visual e conteudística dos conceitos encontrados nos estudos aqui incluídos. De acordo com o autor e desenvolvedor da estratégia do Mapa Mental (Buzan, 2009), esta é uma ferramenta inovadora e dinâmica, que pode ser utilizada para atividades de leitura e revisão de conteúdos (Farokhah *et al.*, 2021). Vale esclarecer que o estudo identificado como P5 faz menção ao termo 'inovação social', e foi incluído para análise com os outros conceitos do termo "tecnologia social" devido às similaridades com o que se entende por TS, bem como pela inovação social trazida no bojo do texto que se assemelha aos requisitos de uma TS.

Ainda sobre o termo 'inovação social', este pode ser considerado, a princípio, como um sinônimo para 'tecnologia social', visto que vem sendo utilizado como termo semelhante ou palavra-chave nos DeCS e, também, via MeSH. Outrossim, a definição abordada na única

pesquisa sobre inovação social é semelhante às definições de TS observadas nas fontes selecionadas (Lima; Nelson, 2021).

Da análise do mapa mental com os conceitos de TS, podem-se perceber certas semelhanças em seu conteúdo e essência, como no caso da P3 e da P4, que abordam apenas as tecnologias voltadas a mídias, redes sociais e aplicativos de computação. Os outros conceitos (P1, P2, P5 e P6) têm a semelhança de serem desenvolvidas pela população e ter o poder de trazer independência para os desenvolvedores. Registra-se também que, sobre os seis conceitos, quatro destes (P2, P3, P5 e P6) trazem em sua conceituação os autores ou referência. Logo, as pesquisas P1 e P4 abordaram o conceito de TS sem citar nenhuma outra autoria, ou seja, estas são palavras do próprio autor.

Discussão

A revisão de escopo buscou mapear os conceitos de TS em fontes de informação que se reportavam aos desastres como objeto de estudo. Apesar dos amplos critérios adotados e da estratégia mais abrangente de revisão de literatura adotada, foram identificadas e incluídas apenas seis fontes, sendo uma por meio de busca manual no Google Acadêmico. Diante disso, pode-se depreender que esse reduzido número de estudos demarca a apropriação ainda pouco frequente do conceito específico de TS, o que traz implicações para refletir sobre o seu emprego na abordagem dos fenômenos de desastres, sobretudo no bojo das estratégias e ações locais de gestão do risco ante as diferentes fases e processos dos desastres, o que também acompanha as estratégias de desnaturalização desses eventos e maior participação das comunidades vulneráveis. Tais estudos abordaram desastres de origem natural e tecnológica, mas de subtipologias distintas ou sem especificá-las. Outro aspecto a se considerar é o quantitativo relativamente superior de pesquisas brasileiras, o que representou a metade da amostra.

As pesquisas mapeadas tiveram como marco inicial o ano de 2010, sem necessariamente maior concentração em anos específicos. Pode-se inferir uma possível relação da recorrência de desastres ao longo dos anos, e do movimento de sistematização das ações de gestão do risco, especialmente a partir dos marcos de ação de Hyogo e de Sendai para busca de resiliência por meio de tecnologias. Em 2005, foi estabelecido o Marco de Hyogo, que apresentava cinco metas essenciais a serem alcançadas até o ano de 2015, a fim de minimizar perdas e aumentar a resiliência das nações e comunidades perante os desastres. Em sucessão ao Marco de Hyogo, o Marco de Sendai para Redução de Risco de Desastres, entre 2015 e 2030, propôs discussões para intensificar estratégias com potencial para reduzir os impactos desses eventos, além de

medidas voltadas às mudanças climáticas e resiliência das comunidades (Fernandes *et al.*, 2019).

No que tange à classificação dos desastres, o Centro de Pesquisa de Epidemiologia em Desastres (CRED) considera que estes são divididos em naturais e tecnológicos. Os de origem natural são subdivididos em cinco tipologias: hidrológicos, biológicos, climatológicos, meteorológico e geofísicos (EM-DAT). Vale ressaltar que os desastres de origem natural são socialmente construídos. Além disso, o CRED é um colaborador da Organização Mundial da Saúde para estudos em desastres e sua epidemiologia, e que a Secretaria de Proteção e Defesa Civil brasileira passou a utilizar a mesma classificação do CRED, a Classificação e Codificação Brasileira de Desastres – Cobrade (Freitas; Rocha, 2014).

Dentre os métodos de estudo que mais apareceram entre as fontes incluídas, destaca-se o estudo de caso em metade da amostra. Com efeito, tal método de pesquisa vem se mostrando como estratégia ideal para o desenvolvimento de pesquisas que buscam entender ou explicar fenômenos complexos. Além disso, ele está bem estabelecido para desafiar ou reforçar os pressupostos teóricos ou redefini-los, com base na relação entre a intervenção e o contexto (Yin, 2018).

Outro ponto é que o estudo de caso permite comparações dentro e entre intervenções, possibilitando que a visualização da relação entre intervenção e contexto seja compreendida de forma holística em vez de considerar os processos isoladamente. Ademais, a utilização de um desenho longitudinal pode permitir que a relação dinâmica entre contexto e intervenção seja entendida em tempo real. Essas informações são fundamentais para explicar de forma holística qual intervenção foi implementada, entender como e por que a intervenção funcionou ou não, e informar a transferibilidade da intervenção para as práticas de rotina (Grant; Bugge; Wells, 2020).

Entre os países que publicaram o tema, tem-se apenas um europeu, um asiático (Índia) e os demais do continente americano (Brasil e Estado Unidos da América). Ressalta-se que o “continente americano é o segundo mais afetado por desastres ficando atrás do continente asiático” (OPAS; 2016; p.2), de acordo com o Plano de Redução de Riscos do Setor de Saúde 2016-2021 da Organização Pan-Americana da Saúde. Ademais, em relação a essa característica, Bentolila e Bonandé (2019) apontam que:

[..] aproximadamente um quarto (23,5%) de todos os desastres ocorridos no mundo entre 2004 e 2013 ocorreram na região das Américas, com cerca de 98 milhões de vítimas. Os fenômenos mais frequentes foram os de natureza hidrológica e meteorológica, e o prejuízo foi de cerca de US\$ 679.000 milhões

neste período (Bentolila; Bonadé, 2019, p.1).

No tocante aos conceitos abordados nas fontes da amostra final houve, em sua maioria, uma semelhança com o conceito de TS do Instituto de Tecnologia Social brasileiro¹⁷,o que ratifica a ideia de que o ponto essencial do conceito de TS é a independência para os indivíduos ou comunidade que a desenvolve.

Sobre os termos ‘inovação social’ e ‘tecnologia social’, há uma grande semelhança no conceito em si, e o único artigo (Lima, Nelson; 2021) que traz o primeiro termo aborda mais de um tipo de inovação social para a gestão do risco de desastres. Outrossim, um dos principais autores ora identificados sobre TS afirma que esta é oposta à tecnologia convencional – e esta última, em contrapartida, tende a provocar exclusão social e visa ao lucro (Dagnino; 2013). O referido autor defende o seguinte,

Não uso o termo “inovação social”: inovação é um conceito específico e restrito ao ambiente empresarial. Tampouco falo em tecnologias sociais, no plural; quero ressaltar que se trata, não apenas de um conceito novo, de uma utopia a ser construída. E não é colecionando iniciativas que julgamos coerentes com algum dos “conceitos” de tecnologia social que estão “na praça” que vamos chegar a um modo de desenvolver tecnologia alternativa àquele que satisfaz os valores e interesses capitalistas. Também não aceito a ampliação do conceito de TS para incluir metodologias que, embora gerem inclusão social, não estão ligadas à produção de bens e serviços (Dagnino, 2013; p.14).

No que concerne à maior concentração de publicações brasileiras sobre o tema, Passuello *et al.* referem que

[...] a difusão do termo tecnologia social (TS) no Brasil teve início em 2003, quando um grupo de instituições, incluindo FINEP e a FBB, articulou a criação da Rede de Tecnologia Social (RTS)(Passuello *et al.*; 2017; p.585).

Além das apropriações do termo por instituições como a Fundação Banco do Brasil (FBB) e a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), verifica-se também o fato de certa

¹⁷ “Tecnologia social é o conjunto de técnicas e metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida” (ITS, 2007, p. 26).

difusão do termo por meio de políticas públicas, como o projeto de lei da Política Nacional de Tecnologias Sociais, que visa promover e potencializar essas tecnologias e dar o mesmo tratamento em relação a outras tecnologias e inovações dentro das políticas públicas desenvolvidas no âmbito da ciência, tecnologia e inovação no Brasil (Duque; Valadão; 2017).

No ano de 2017, foi realizada uma bibliometria das pesquisas sobre TS no Brasil, no período de 2002 a 2015, abordando visões que permearam as conceituações existentes nos trabalhos ora analisados (Duque; Valadão; 2017). Os autores concluíram que,

[...] foram identificadas, a partir de três análises realizadas, duas visões conceituais sobre TS. A primeira, que trata das TS como práticas que proporcionam transformações sociais em uma comunidade a partir da ação da própria comunidade. A ideia de sociotécnico aparece nessa visão como uma indissociabilidade dos aspectos sociais, técnicos e materiais de uma determinada localidade. A segunda visão trata as TS como artefatos geradores de mudanças sociais. A introdução de programas, processos, produtos e metodologias adequados à realidade são consideradas TS quando geram transformações sociais condizentes com as aspirações da própria comunidade beneficiada (Duque; Valadão; 2017, p.15).

Assim, no Brasil, há incubadoras de TS que surgiram na necessidade de um olhar para as questões sociais e, também, com vistas a atender ao movimento da Economia Solidária (dizer em NR o que é). Entre estas incubadoras, algumas encontram-se em universidades ou em empresas. Como exemplo, estão: o Instituto de Tecnologia Social, a FBB, o Sebrae; e os núcleos e laboratórios que mapeiam ou desenvolvem TS nos territórios em universidades e instituições de ensino e pesquisa, como a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), entre outras.

Nas pesquisas analisadas por meio da revisão de escopo, foram abordadas algumas TS, tais como: na P6, que apresentou as metodologias participativas para percepção de riscos de desastres (Passuello *et al.*; 2017); e no estudo P5, que teve como foco a bricolagem social que se define como “virar-se com o que se tem” (Lima; Nelson, 2021; p.598), mas com fins sociais. Já na pesquisa P4, foi abordada a TS do Centro de Informática do conhecimento em abrigos de ciclones multifuncionais locais, utilizando redes sociais ou mecanismos computacionais (Bhattacharyya *et al.*; 2019); o estudo P3 trouxe o núcleo de oficinas e trabalho (Grant; Bugge; Wells; 2020); na P2, o emprego de redes sociais, como Facebook/Twitter/Instagram (Rodrigues; Teixeira; 2020); e no estudo P1, as tecnologias sociais trazidas foram a democracia, livre

mercado e investigação científica (Parker; 2010).

Os seis estudos analisados na amostra final desta revisão de escopo, em sua maioria, trazem, dentro do que é a TS, as redes sociais, sejam estas apropriadas pelos indivíduos ou não. Por exemplo, há apenas um estudo (Rodrigues; Teixeira; 2020) que aponta a TS como redes sociais, e os outros apontam de forma indireta ou implícita, como o caso do uso desses mecanismos computacionais para o enfrentamento de ciclones (Bhattacharyya *et al.*; 2019). Ademais, até mesmo a pesquisa que fala sobre a democracia e investigação científica (Parker, 2010) traz as redes sociais como uma TS apropriada pela civilização.

Vale ressaltar a relevância do estudo P1, que faz um debate sobre o fato de a democracia e a investigação científica serem uma TS, isto é, diretamente experimentada pela liberdade de expressão, como uma das principais ferramentas para uma sociedade florescer e evitar desastres (Parker, 2010). Sendo a TS um produto, método ou técnica com baixo custo e apresentando soluções para problemas e com impacto social de importância, há que se referendar que, de fato, a liberdade de expressão seja, então, essa tipologia de tecnologia.

Assim, pode-se refletir sobre a problemática que existe em torno de alguns países, que apresentam governos com características anti-ciência e/ou antidemocráticos, a dificuldade de governança ante à pandemia de Covid-19. No Brasil, a resposta à pandemia foi uma das piores do planeta, apesar de contar com um sistema de saúde universal, gratuito, e que tem em seus pilares o cuidado integral, prevenindo a doença e promovendo a saúde, para além de apenas curar (Flynn; Neto; Barbosa, 2020). A governança no nível central foi descoordenada, tardia e permeada de notícias falsas acerca de tratamentos ineficazes ou sobre efeitos adversos das vacinas, além do próprio negacionismo dessa crise sanitária.

O governo brasileiro, ao deliberadamente atacar diretamente os campos científico e do próprio setor saúde, acabou por fragilizar a verdadeira liberdade de expressão, por meio do maneirismo político e, com isso, a capacidade do povo de realizar suas próprias decisões políticas. Outrossim, no que tange à investigação científica, fora orquestrado um movimento de desmonte das instituições públicas, que têm grande contribuição na ciência nacional. Essa postura acabou por demandar um esforço hercúleo de pesquisadores e tornou o contexto da pandemia um período muito conturbado para resposta efetiva à crise instaurada pela Covid-19.

O pluralismo político está elencado na Constituição Federal do Brasil de 1988, um dos valores fundamentais, no artigo 1º, inciso V, constituído, portanto, um dos pilares do Estado Democrático de Direito brasileiro. Nesse sentido, é importante registrar que,

merece registro, todavia, que a ideia do pluralismo já se encontra antes consignada no

preâmbulo constitucional, nos seguintes termos: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.” (Peixoto, 2019, p.2-3).

Não obstante, no âmbito da saúde, o segundo estudo incluído a partir desta revisão de escopo aprofundou a questão da criatividade em empreendimentos econômicos e solidários durante a Covid-19 (Rodrigues; Teixeira, 2020). Esta fonte trouxe a ideia da reconvenção produtiva, que é o processo de adaptação que costuma acontecer durante períodos de crise, como guerras e pandemias, que visa buscar metas e objetivos comuns. Nesse bojo, traz também a sustentabilidade de produção de equipamentos de proteção individual (EPI) para trabalhadores da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) durante o contexto de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela Covid-19, e, ao mesmo tempo, busca estratégias para manter financeiramente os usuários do Sistema por meio de um fundo de emergência (Rodrigues, Teixeira; 2020).

De forma geral, as TS aqui reportadas exploraram a percepção, direta ou indiretamente, dos autores no manejo de emergências, os quais demonstraram que as TS enquanto instrumento potencialmente útil para ser aplicado em certas atividades de gestão do risco. Por pressuposto, as TS buscam justamente ampliar a compreensão dos paradigmas que envolvem o ambiente natural e a forma como ele é ocupado, a partir do estímulo de reflexões no âmbito individual e coletivo (Passuello *et al.*, 2017; Bhattacharyya, 2019).

No que concerne as TS caracterizadas pelo emprego do Facebook/Twitter/Instagram e outras redes sociais, estas, guardadas as devidas proporções e contextos, têm se tornado potenciais aliadas para o livre discurso, bem como uma ferramenta apropriada para utilização na comunicação durante a gestão do risco de desastres. Com efeito, a comunicação de risco, como a troca de informações entre peritos e sociedade, é um dos componentes da gestão do risco de desastres baseada em processos que perpassa tanto o risco futuro quanto a reabilitação/reconstrução local (Kneodler *et al.*, 2022).

No que diz respeito à gestão do risco de desastres, vale ressaltar que não só no âmbito nacional, mas também de forma global, uma parcela considerável dos países ainda apresenta uma abordagem dos desastres de forma reativa ou minimamente corretiva. Além disso, com as mudanças climáticas e o aumento da frequência de desastres, há que se rever essa gestão do

risco para um olhar mais prospectivo e vislumbrar o risco futuro de novas crises como uma nova pandemia, ou cenários combinados de ameaças e até mesmo a ampliação de um conflito bélico local para mundial. Por isso, deve-se repensar a cultura reativa, mas também a necessidade de desnaturalização dos desastres (Kneodler *et al.*, 2022).

Logo, diante das abordagens do que vêm a ser de fato, as TS revelam-se como práticas comunitárias, que podem gerar transformações sociais e empoderamento, o que justifica seu emprego para compreensão e intervenção propriamente dita nas situações de desastres. Nesse sentido, os usos de tais tecnologias tendem a possibilitar a redução de potenciais riscos ante os problemas sociais agravados por tais fenômenos, sejam eles de qualquer tipologia e origem. Para além disso, o desenvolvimento e a (re)aplicação das TS lançam luz sobre as ações de gestão do risco mais prospectivas do que reativas desses eventos, fazendo com que as comunidades, as cidades e os países mais vulneráveis aos desastres busquem alternativas para um melhor padrão de resposta, quando tais eventos forem inevitáveis ou mesmo evitáveis. Isso envolve pensar as TS em perspectiva intersetorial, interdisciplinar e sustentável, trazendo as comunidades vulneráveis para o epicentro das ações de gestão local de risco (Kneodler *et al.*, 2022).

5.2 – VULNERABILIDADES ENVOLVIDAS NA RESPOSTA EMERGENCIAL PRATICADA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Neste estudo, ao serem apontadas as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial desenvolvida pelos estabelecimentos de saúde, optou-se pela estrutura da Atenção Primária à Saúde, que é considerada a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ordenadora do cuidado. A APS tem grande importância na assistência aos indivíduos e famílias que moram em áreas mais vulneráveis, em observância à perspectiva social e ambiental. Tem grande capilaridade, pois seus estabelecimentos de saúde ou unidades básicas de saúde estão onde as pessoas trabalham, estudam, moram e vivem (Brasil, 2017; Morosin, 2017).

No município do Rio de Janeiro, onde existem inúmeras favelas, muitas unidades básicas de saúde foram construídas em locais próximos ou dentro dessas comunidades geralmente mais empobrecidas. Registra-se, ainda, que a cidade do Rio de Janeiro foi, durante o início da pandemia de Covid-19, a com maior índice de letalidade do país. Em 26 de agosto de 2020 o município apresentava a taxa de 10,7% de letalidade, sendo a média brasileira da época de 3,7% trazer os números (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

Assim, para efeito de serem compreendidas as dimensões dos perigos/riscos associados à COVID-19 (caraterizada uma sindemia no contexto brasileiro), inclusive levando-se em conta a maior letalidade e gritantes desigualdades socioeconômicas agravados pelo colapso vivido pelos constantes impactos do sucateamento do SUS, este capítulo buscou identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da pandemia de COVID-19.

A fotografia 1 trata da representação da vulnerabilidade social. Nela, tem-se indivíduos aglomerados em um veículo de médio porte (van), com o propósito de realizar o transporte de moradores de um dos territórios em que a unidade A é responsável.

Fotografia 1 – Van lotada durante a pandemia de COVID-19



Fonte: Participantes *Photovoice* UBS A. Data de produção da imagem: 25/11/2021.

O problema relacionado à aglomeração no transporte público e/ou alternativo foi um dos grandes desafios do município do Rio de Janeiro, e também de outros municípios brasileiros. Sobre esta imagem, o texto a seguir expressa as percepções dos membros do grupo participante do *Photovoice* da unidade A:

Em uma pandemia, a comunidade ficou sem ônibus. A gente só tinha van, e era isso. A pessoa tinha que se aglomerar no transporte para ir trabalhar. A comunidade ficou sem o ônibus, que poderia transportar mais pessoas. Assim, levaria idosos que iriam ao médico, crianças e jovens que necessitavam trabalhar. Por esse motivo, todos se aglomeravam no pequeno espaço que a van tinha, e o risco de infecção era grande. Consequentemente, tivemos muitas mortes por conta da COVID-19. É complicado! A empresa de ônibus, por sua vez, só disse que, com a pandemia, não existia necessidade de ônibus na comunidade (Participantes *Photovoice* da UBS A).

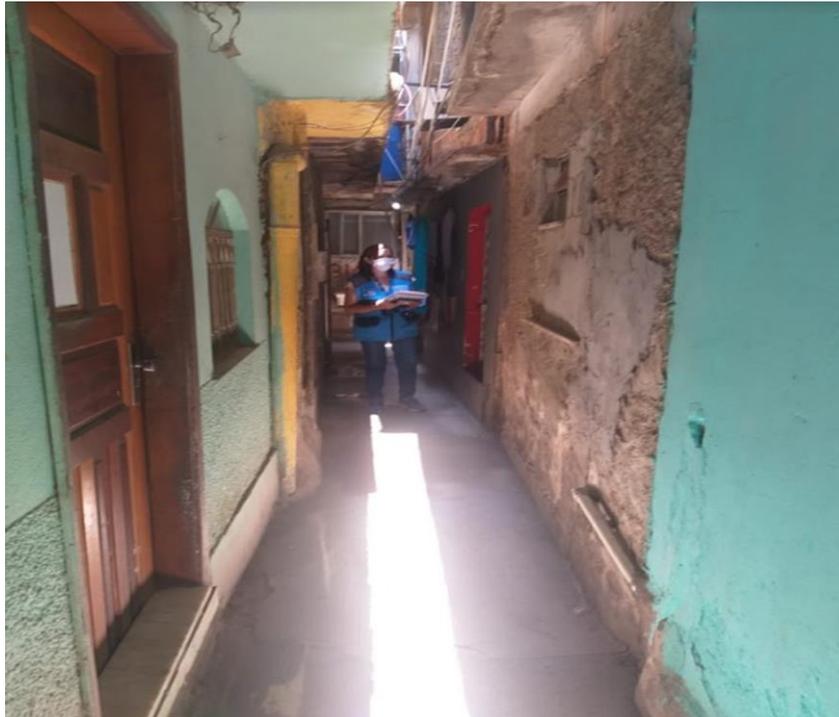
Além disso, emergiram também das entrevistas com médicos, enfermeiros e gerentes a questão do transporte, como consta nos trechos abaixo:

A gente sabia da dificuldade dessa pessoa de descer, de poder pagar uma condução. Nem todo mundo pode pagar ou arcar com esse transporte. (P. 2)

[...] e outra questão é mesmo da classe econômica. As pessoas não conseguiram não ir trabalhar. Então, elas acabavam se submetendo a situações de maior risco, como o transporte público, para poderem ir trabalhar. (P. 18)

Por seu turno, a segunda fotografia foi selecionada por explicitar aspectos também relacionados à vulnerabilidade social e que, conseqüentemente no contexto da pandemia, amplificou as vulnerabilidades de saúde. Na fotografia 2 está demonstrada a imagem de um agente comunitário de saúde em um beco de uma determinada favela, onde as casas são muito próximas umas das outras e com pouca ventilação.

Fotografia 2 – Agente Comunitário de Saúde em um beco na comunidade X.



Fonte: Participantes do Photovoice UBS A. Data de produção da imagem: 30/11/2021.

Na foto 2, pode-se observar a presença de um agente comunitário de saúde em um beco com pouca entrada da luz solar, e casas com pouca ventilação e aglomeradas. Demonstra, também, a exposição desse profissional a esses contextos complexos para o exercício das ações de promoção e cuidado em saúde. No tocante às percepções do grupo que produziu tal fotografia, destaca-se o seguinte recorte:

Nessa foto, eu vejo que já é um problema social da comunidade em si. Mesmo antes da pandemia, o fato das casas serem muito próximas e não serem arejadas ou não terem uma boa ventilação... Acredito que isso no período da pandemia também ajudou muito pra que tivesse o avanço da doença, pelo fato de morar tão perto um do outro (Participantes *Photovoice* Unidade A).

Nas entrevistas com os demais profissionais, essa problemática das áreas de favelas emergiu entre alguns participantes:

A comunidade é totalmente vulnerável. O ambiente, muitas casas, muitos becos. Muitas casas que não tem estrutura nenhuma! Famílias que moram num cômodo só, que são dez pessoas, não tem ventilação, não tem saneamento, não tem alimentação adequada. (P. 9)

Uma casa com dez pessoas e dois cômodos, e você ensina que o tratamento é que a pessoa faça distanciamento social e higiene das mãos com frequência. Isso não é possível. A pessoa mora num cômodo, ou quem dirá dois cômodos com cinco filhos. (P. 14)

A seguir está a fotografia 3, que foi produzida pela própria autora deste estudo durante uma das idas à unidade B. Na imagem, tem-se funcionários e usuários da UBS no corredor, durante a ocorrência de um conflito entre policiais e o narcotráfico da comunidade adstrita.

Fotografia 3 – Pessoas deitadas no corredor da unidade de saúde B durante conflito armado.



Fonte: Pesquisadora, 2022. Data de produção da imagem: 17/03/2022.

A foto foi produzida durante o processo de coleta de dados pela pesquisadora que, por vezes, não conseguiu ir presencialmente a esta mesma unidade em diversas datas, para finalizar

a coleta, tanto do *Photovoice* quanto para realizar entrevistas com médicos, enfermeiros e gerentes. No momento do conflito (congelado pela imagem), todos os funcionários orientaram aos usuários a ficar na área mais segura da unidade de saúde, no sentido de observar as orientações do protocolo da unidade sobre acesso mais seguro.

Tem a questão do tráfego também, que acaba atrapalhando. A maioria da minha população tem algumas ruas que são mais tranquilas, que tem umas casas muito boas. Muitas pessoas que moram lá, têm uma casa direitinha. Mas, só por ter o tráfego, atrapalha. (P. 9)

Tem que avisar que vai subir em determinados locais, que são os locais mais vulneráveis pela presença do tráfego. A violência também dificulta bastante. (P. 2)

As pessoas dentro da comunidade também davam as informações, se era seguro subir, e fazia toda a interface com o tráfego, avisando se haveria conflito. (P. 2)

Até porque é uma comunidade dominada pelo tráfego. Chegou uma hora [da pandemia] que a gente teve que realmente subir e falar com as pessoas ‘Olha! Agora vai ser assim’. Até mesmo com quem era do tráfego. (P. 11)

O texto da fotografia 4 descreve uma unidade repleta de usuários para atendimento em saúde, para imunização, testagem ou demais serviços ofertados.

Fotografia 4 – Usuários em uma unidade de saúde.



Fonte: Agente comunitário A da unidade B, 2022. Data da produção da imagem:11/03/2022.

Na foto 4 há muitos usuários aguardando atendimento de pé, com poucos respeitando o distanciamento previsto durante a crise da pandemia. Sobre isso, estão os excertos a seguir extraídos das discussões com participantes das unidades B e C:

O esforço dos profissionais. Essa demanda acumulada. Tem mais gente do que espaço. As pessoas estavam querendo atendimento, e os profissionais tentando de alguma forma atendê-los. Havia uma demanda maior que a oferta. Isso porque, no decorrer da pandemia, houve uma grande redução de profissionais. E, no pós-covid, mais profissionais saíram, que eram nosso carro chefe. A saída de nove profissionais fez uma diferença. (Participantes Photovoice UBS C)

Podemos ver que a UBS está muito cheia. Uma grande quantidade de usuários, e nesse momento, o corpo técnico ficou muito sobrecarregado. Não estávamos com essa quantidade de profissionais, o que hoje já há o quadro completo. Mas, nessa época, aqui não estava completo, não. Existiam muitos profissionais afastados devido à infecção pela COVID-19 ou por ser hipertenso, diabético, gestante, ou seja, do grupo de risco. E quem estava

trabalhando na linha de frente, ficou muito sobrecarregado. (Participantes Photovoice UBS C)

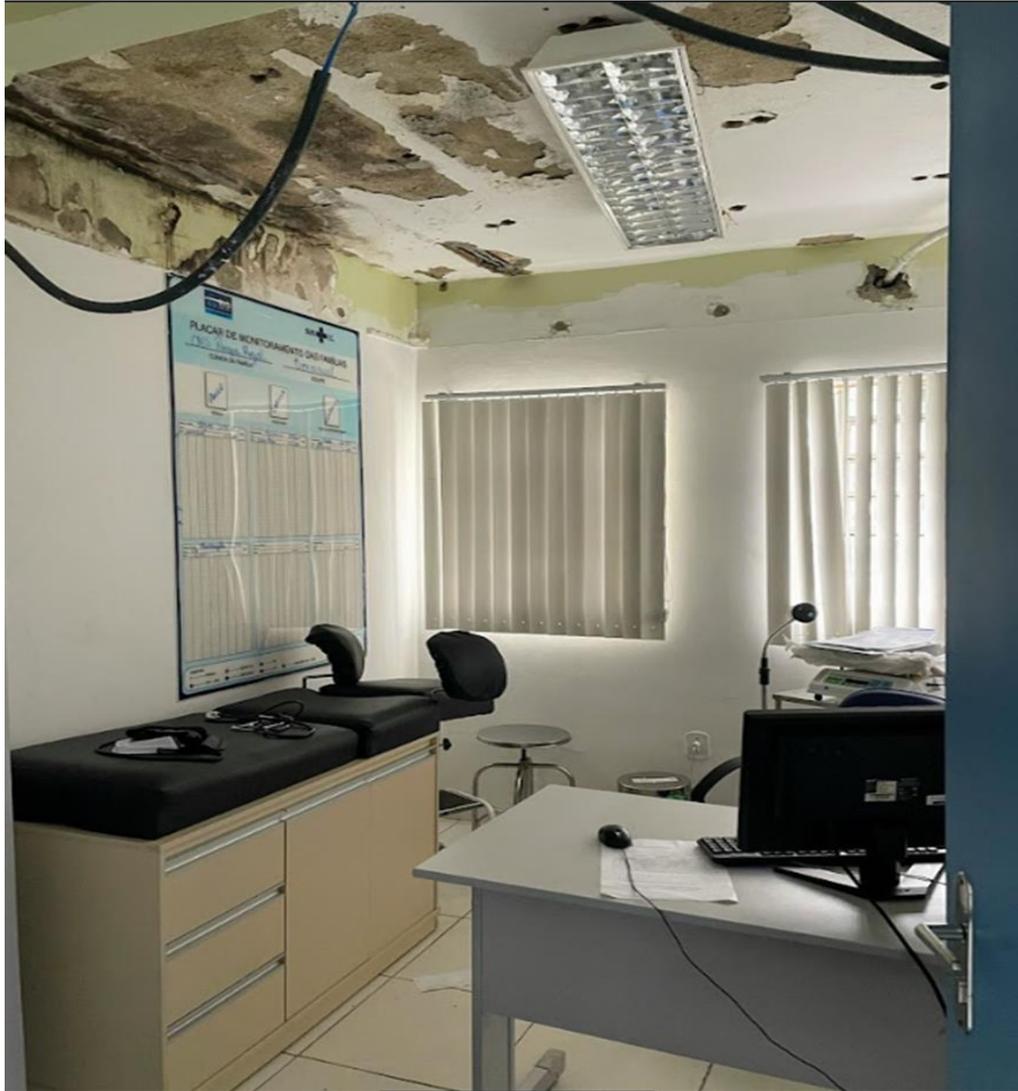
Em relação aos profissionais entrevistados individualmente, os mesmos produziram algumas falas que se articulam com o texto da foto 4, como demonstrado a seguir:

Não tinha médico na unidade. Por vezes, havia uma médica só par dar conta de dez mil pessoas. O que é impossível! E eu passei o mês de novembro e dezembro também com uma vacância de uma enfermeira. (P. 3)

E assim, a gente tem uns usuários que já são pessoas que já tem uma demanda muito reprimida, de muito tempo sem serviço por ausência de médicos, seja por ausência de serviço mesmo, e também de não conseguir absorver todos eles. (P. 20)

Na fotografia 5, está estampado um consultório com presença de mofo, descamação do teto e sistema elétrico aparente. A imagem foi selecionada, a fim de representar a vulnerabilidade não-estrutural que se refere às partes do estabelecimento de saúde, que estão ligadas aos elementos estruturais.

Fotografia 5 – Consultório com problemas não-estruturais.



Fonte: Participantes *Photovoice* da UBS A, 2022. Data da produção da imagem:30/11/2021.

Esta foi a única imagem representativa das vulnerabilidades não estruturais produzida pelos participantes do *Photovoice*. Contudo, outras falas abordaram esta vulnerabilidade em outras unidades, como a falta de janelas, problemas com os aparelhos de ar-condicionado, dentre outros.

A gente tinha problema com banheiro. Tinham poucos banheiros funcionando na unidade. E foi uma coisa que melhorou recentemente. E, pela estrutura da unidade D em si, tínhamos um problema de não termos uma área de boa ventilação (P. 22)

Na época da pandemia, a gente não tinha estrutura. Na verdade, eu acho que nenhuma unidade tinha estrutura para responder a uma vulnerabilidade social, ambiental. (P. 20)

Os agentes comunitários e líderes comunitários, que produziram esta quinta fotografia, descrevem a imagem da seguinte forma:

É complicado. Falta de manutenção, esquecimento da saúde. Um ambiente insalubre para os profissionais trabalharem. É complicado falar disso. É que, durante muitos anos, foram feitas muitas maquiagens, pintura, um reparo aqui e outro ali, quando na verdade já tinha que fazer o que vai acontecer agora: uma obra. Isso chegou a cair quase que na cabeça de um médico, e aí coloca a vida dos pacientes, dos funcionários em risco constantemente. [...] Esqueceram que precisa da manutenção, que o espaço precisa de cuidado para que nós possamos cuidar também. (Participantes *Photovoice* UBS A)

A seguir, foi gerada com auxílio do software *Iramuteq*® uma análise de similitude (Figura 1) a partir do texto das entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais enfermeiros, médicos e gerentes. Sobre os entrevistados, abaixo está a tabela que apresenta o perfil dos participantes das entrevistas:

Tabela 1 – Perfil dos participantes das entrevistas

Idade	n	%
20-29	08	36,4
30-39	10	45,4
40-49	04	18,2
Total	22	100%
Gênero	N	%
Mulher cisgênero	18	81,8
Homem cisgênero	04	18,2
Total	22	100%
Raça/etnia	N	%
Branca	13	59,1
Parda	05	22,7
Preta	4	18,2
Total	22	100%
Profissionais	N	%
Enfermeiros	09	40,9
Gerentes	04	18,2
Médicos	09	40,9
Total	22	100
Especialização	N	%
Sim	18	81,8

Não	04	18,2
Total	22	100
Tempo a atuação na APS	N	%
6 meses – 4 anos	06	27,3
5 anos – 9 anos	11	50
10 anos ou mais	05	22,7
Total	22	100

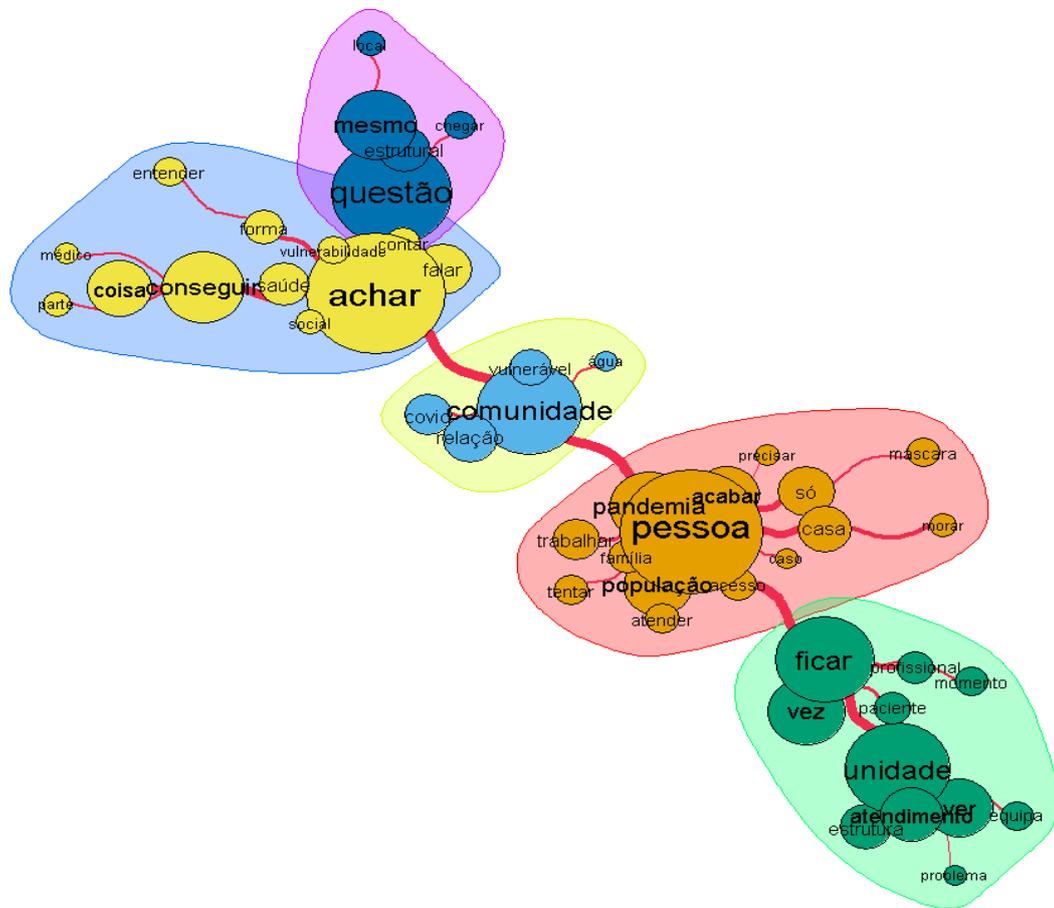
Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2024.

Não foi possível caracterizar os participantes da técnica do *Photovoice*, visto que não foi realizada nessa etapa um momento para que os indivíduos pudessem informar seus dados de identificação, como gênero, etnia, idade, entre os quais apontados no quadro acima. As etapas existentes na técnica do *Photovoice* não preveem a etapa de coleta de dados de identificação.

A figura 8 foi constituída a partir das seguintes perguntas: 1. em relação às vulnerabilidades, diga o quanto a comunidade é vulnerável a um desastre de tipologia biológica (como a COVID-19)?; 2. na sua opinião, qual a capacidade de resposta a UBS em que você atua tem para cada uma desses tipos de vulnerabilidades?; e 3. ainda sobre vulnerabilidades, como que a comunidade responde a essas vulnerabilidades

Registra-se que a análise de similitude tende a auxiliar o pesquisador na identificação da estrutura do corpus textual, mostrando um grafo que representa a ligação entre as palavras, distinguindo partes comuns e especificidades, emergindo temas de relativa importância.

Figura 8- Análise de similitude a partir dos dados das entrevistas



Fonte: a autora, 2023.

A figura 8 demonstra a análise de similaridade por meio de um tipo de gráfico estático, em apresentação *Fruchterman Reingold*, com escore de coocorrência, em comunidades e com halo. A coocorrência é indicada para avaliar a ligação entre pares de palavras no corpus textual e, a partir do encontrado, pode-se inferir os temas que surgiram.

A palavra “pessoa” é a que apresenta maior frequência de vezes no corpus textual. A partir dela surgem as ramificações para as palavras “ficar”, “comunidade”, “achar” e “questão”. No gráfico, então, pode-se observar cinco comunidades, cada uma com seu halo de cor, a saber: verde com a palavra “unidade”, laranja com a palavra “pessoa”, verde claro com “comunidade”, azul com “achar” e rosa com “questão”.

Logo, tem-se relacionados à comunidade laranja a vulnerabilidade de saúde, que está intimamente relacionada à pandemia (com as palavras pessoa, pandemia, máscara, casa, morar, população, acesso, trabalho, atender, família). A vulnerabilidade funcional faz nexos com a comunidade verde (ficar, profissional, momento, atendimento, equipe, problema, estrutura, paciente). Já a vulnerabilidade socioambiental está representada pela comunidade verde-claro (comunidade, vulnerável, água, covid, relação); a vulnerabilidade social, na cor rosa (achar, médico, vulnerabilidade, social, conseguir, entender); enquanto que a vulnerabilidade não estrutural, pela comunidade azul (questão, estrutural, chegar, local, mesmo).

DISCUSSÃO

Em pesquisas qualitativas, os usos de imagens (enquanto recurso metodológico) pode promover resultados criativos e inovadores, além de poderem expressar os significados de certas realidades e contextos. Em determinadas culturas, as dificuldades e iniquidades sociais tendem a serem melhor representadas imagetivamente do que por informações escritas ou mesmo faladas, sendo uma alternativa positiva de promoção de interações e de representação de percepções sobre as dinâmicas sociais. Para Velloso e Guimarães (2023, p.1),

a fala pode ser complementada com a imagem, mas a imagem gera por si só um acúmulo de informações. Essas informações, veiculadas pela imagem, vão variar em conteúdo e forma segundo o fotógrafo, o fotografado e o observador. Considerando a imagem, assim como o texto escrito, interpretações da realidade, constatamos que a imagem pode tanto ser um instrumento quanto um complemento na pesquisa qualitativa em saúde. A construção da imagem pode tanto servir à arte, quanto ser um instrumento para a pesquisa científica. (Velloso; Guimarães, 2013, p. 1).

A pandemia foi um desastre global, de origem natural e de tipologia biológica, mas por sua complexidade é considerado também uma sindemia, como abordado anteriormente neste estudo. O termo sindemia surgiu no fim da década de 1990 por Singer, com o objetivo de compreender a interação das comorbidades e a epidemia de HIV/AIDS (Singer, 2009). Singer realizou uma sistemática exposição dos elementos primordiais e das aplicações da teoria sindêmica, pautada no princípio basilar de que os determinantes ambientais e socioculturais podem concomitantemente concorrer para o incremento do risco de comorbidades.

A teoria sindêmica apresenta sua primordial valia ao contemplar possíveis sinergias não apenas entre afecções no âmbito individual, mas também entre surtos epidêmicos na esfera populacional, haurindo do contexto social e das discrepâncias políticas e econômicas. Com isso,

fomenta o surgimento de abordagens teóricas aptas a gerar conjecturas acerca de como as interações entre doenças (no plano individual) e epidemias (no âmbito coletivo) determinam o impacto social das enfermidades, bem como como os planejadores e gestores de saúde podem intervir de forma eficaz para prevenir desdobramentos e atenuar prejuízos à saúde coletiva (Pranata *et al.*, 2020).

Evidências emergentes indicam que a COVID-19 pode aumentar o risco de doenças cardiometabólicas por mecanismos ainda desconhecidos. Estudos (principalmente realizados nos Estados Unidos da América) mostram que a doença envolve interações biológicas entre comorbidades (diabetes e hipertensão) e interações biossociais, isto é, entre processos biológicos na progressão da infecção pelo SARS-CoV-2 e condições socioeconômicas desfavoráveis. Tal aspecto exige estratégias distintas no enfrentamento da pandemia, priorizando não somente a prevenção e o controle da transmissão, mas também o tratamento e mitigação dos danos (Almeida Filho, 2021).

Além disso, compreender a natureza da COVID-19 como uma catástrofe de escala mundial requer atenção a elementos essenciais, englobando uma combinação de diversos processos, desde o âmbito global até o local. O primeiro aspecto a ser considerado é a existência do próprio vírus SARS-CoV-2 como uma ameaça em si, com sua rápida circulação e disseminação impulsionadas pelo aumento dos fluxos migratórios de pessoas e mercadorias, expondo a população mundial a um novo vírus. Também, reconhecem-se outros dois processos entrelaçados em escala global. Por um lado, há um padrão de desigualdade econômica, concentração de riqueza e crescente população empobrecida, cada vez mais concentrada em áreas urbanas e suas periferias, vivendo em condições precárias/insalubres. Por outro lado, verifica-se a fragilização das instituições e da capacidade de governança local/federal/global para lidar com desastres e pandemias, que demandam políticas e ações coordenadas (Freitas; Mefano; Cidade, 2020).

Por sua vez, o Brasil apresenta grande diversidade socioeconômica e cultural, com desigualdades regionais e intrarregionais significativas. O país é classificado como o 7º mais desigual do mundo, de acordo com o PNUD. Essas disparidades levam a vulnerabilidades sociais, que se agravam durante desastres. Os impactos sobre as populações mais pobres e vulneráveis são comumente mais intensos e duradouros, resultando em crises sociais e econômicas severas, semelhantes às observadas na Espanha e nos Estados Unidos da América (Castelos; Jones, 2020; Dorn *et al.*, 2020).

No Brasil, várias das medidas de distanciamento social e higiene implementadas para combater a pandemia mostraram-se inviáveis ou apenas parcialmente aplicáveis nas regiões habitadas pelas populações mais desfavorecidas (Freitas *et al.*, 2020). Com efeito, entre 12,7 e 18,2 milhões de pessoas vivem em favelas - que combinam características como vias de circulação estreitas e irregulares, moradias precárias e oferta insuficiente de serviços públicos essenciais, como o abastecimento de água (Freitas; Mefano; Cidade, 2020).

No ano de 2015, estimou-se que existiam 101.854 pessoas em situação de vulnerabilidade nas ruas do Brasil, vivendo em condições insalubres, inseguras e com acesso precário aos serviços básicos (Natalino, 2016). Na cidade mais populosa do país (São Paulo), essa população teve um crescimento de 53% nos últimos anos (Agência Brasil, 2020).

Além das condições habitacionais precárias e marcadas pela superlotação e urbanização descontrolada que impossibilitaram a implementação das medidas de distanciamento social, outra questão crucial foi o saneamento e o acesso à água, o que se avoluma em relevância quando da ocorrência de pandemias da natureza da COVID-19. Conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, o fornecimento de água, saneamento adequado e medidas de higiene são essenciais para garantir uma resposta adequada em todos os surtos de doenças infecciosas, bem como para assegurar condições propícias para as práticas e medidas de higiene nas comunidades, residências, escolas, comércios e estabelecimentos de saúde, entre outros. Tais orientações, de fato, foram atestadas como formas de contribuir com a redução da transmissão da COVID-19 (Freitas; Mefano; Cidade, 2020).

Ressalta-se, ainda, que é de suma importância considerar as vulnerabilidades não estruturais e funcionais dos estabelecimentos de saúde ao planejar e construir suas instalações, visando resistir aos impactos e efeitos dos fenômenos naturais e tecnológicos. É essencial assegurar que os equipamentos não sofram danos, que as linhas vitais permaneçam em pleno funcionamento e que as equipes tenham capacidade de prestar assistência, mesmo diante de circunstâncias complexas e dramáticas que frequentemente se apresentam nos desastres. (OMS, 2008).

Assim, foi estabelecido um pacto internacional chamado "Hospitais Seguros Frente aos Desastres", coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, que define um "hospital seguro" como uma instituição de saúde capaz de permanecer acessível e operacional, utilizando toda a sua capacidade e infraestrutura mesmo após um desastre. Os países que aderem a esse pacto se comprometem a garantir que todas as novas instalações de saúde construídas atendam a um nível satisfatório de proteção, e que implementem medidas adequadas de mitigação para

os riscos existentes. Um guia de avaliação foi elaborado, considerando as vulnerabilidades estruturais, não estruturais e funcionais dos estabelecimentos de saúde frente aos desastres. (OMS, 2007).

As vulnerabilidades estruturais referem-se aos elementos de sustentação do edifício, como paredes, colunas, vigas e lajes, cuja falha pode comprometer a estrutura como um todo. As vulnerabilidades não-estruturais estão relacionadas aos componentes conectados à estrutura, como janelas, tetos, sistemas de ar-condicionado, rede elétrica, abastecimento de água, móveis, equipamentos e insumos. Esses elementos são essenciais para o funcionamento adequado da unidade hospitalar.

Já as vulnerabilidades funcionais envolvem a distribuição e a relação entre os espaços arquitetônicos e os serviços clínicos oferecidos pela unidade hospitalar. É importante que haja um zoneamento adequado e uma correlação eficaz entre as áreas do edifício para garantir uma gestão eficiente tanto em condições normais, quanto em situações de emergência e desastres (OMS, 2007).

No contexto de desastres, outra tipologia de vulnerabilidade, a social, pode ser exacerbada, fragilizando a segurança das comunidades afetadas e atingidas. Grupos marginalizados, como pobres, minorias étnicas, mulheres, crianças, idosos e pessoas com deficiências, geralmente sofrem de forma desproporcional com os impactos dos desastres devido à falta de recursos, acesso limitado a serviços básicos, discriminação estrutural e desigualdades socioeconômicas (Johansen; Costa; Sousa, 2014).

Diane disso, para promover a segurança humana em desastres é fundamental adotar uma abordagem integrada e inclusiva, que leve em consideração as necessidades e perspectivas dos grupos/populações vulneráveis. Isso implica em fortalecer a capacidade de resposta e de recuperação das comunidades, garantir o acesso a serviços essenciais, promover a participação ativa e empoderar as pessoas afetadas para que possam tomar decisões informadas sobre sua própria segurança. Além disso, a segurança humana também requer ações preventivas, como o mapeamento e avaliação dos riscos, o planejamento urbano sustentável, a educação em desastres e a conscientização pública. É necessário ainda promover políticas públicas que reduzam as desigualdades socioeconômicas, fortaleçam a coesão social e melhorem a resiliência das comunidades diante de desastres (Johansen; Costa; Sousa, 2014).

Em suma, a compreensão da vulnerabilidade social e a promoção da segurança humana são essenciais para garantir uma abordagem abrangente e efetiva no enfrentamento dos desafios relacionados a desastres, visando proteger e preservar a vida e o bem-estar das populações

afetadas. Vale pontuar aqui a importância dos ACS para a prevenção e promoção da saúde, principalmente em contextos de sindemia. A título de exemplificação, um estudo nos EUA demonstrou a importância desses profissionais de saúde, uma vez que os mesmos realizaram conexões efetivas com os pacientes mais vulneráveis e com dificuldades de acesso à saúde, a partir do aumento da demanda assistencial frente à COVID-19 (Carter; Hassan; Walton, 2022).

Notavelmente, em tais contextos observa-se necessidade de reorganização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, bem como a readequação de protocolos, modelos e estruturas assistenciais, de forma a estarem bem articuladas com as redes de atenção à saúde (Carmo *et al.*, 2008). No Brasil, pode-se inferir que os ACS tiveram papel fundamental na comunicação de risco durante a pandemia, exercendo principalmente os eixos essenciais da APS, como orientação comunitária e competência cultural (Alonso, 2018). Também é interessante pontuar que, como o trabalho do ACS tem a sua base no território e educação em saúde, esses profissionais ficaram expostos devido à falta de EPI, ora para os mesmos, ora pela própria população de favelas, que vive em vulnerabilidade social.

Durante a pandemia, identificou-se que as regiões de vulnerabilidade social (que contam com a maior cobertura da ESF) foram as com maior taxa de mortalidade por COVID-19 (Vieira-Meyer *et al.*, 2021). Ao se pensar na possibilidade de não terem sido previstas instalações de equipes de ESF em tais territórios, os efeitos da COVID-19 poderiam ter sido mais intensos e dramáticos, posto que, no município do Rio de Janeiro, recorte geográfico desta pesquisa, os casos graves de COVID-19 manifestam-se mais intensamente em áreas vulneráveis, sobretudo nas periferias e comunidades menos favorecidas (Santos *et al.*, 2020). Sobre esses locais, um estudo apontou que

[...] estas também são as regiões onde o ACS menos realiza visita domiciliar e, proporcionalmente, mais realiza atividades no Programa Saúde na Escola. O aumento das atividades junto ao PSE deve-se, possivelmente, ao tempo não utilizado para visita domiciliar, assim como pela atuação do ACS em local de violência mais controlada (escola), quando comparado à comunidade como um todo. O motivo para a menor atuação em visitas domiciliares no território ocorre, provavelmente, devido às taxas de violência da região, que, por sua vez, estão comumente relacionadas aos indicadores de vulnerabilidade, e retroalimentam a violência no território, limitando a atuação do ACS. Tradicionalmente, estes são os territórios onde as ações do Estado têm dificuldade em chegar, territórios de governança limitada, e onde outros desafios sanitários precisam ser enfrentados” (Vieira-Meyer, 2020, p. 666).

O contexto contemporâneo do município/estado do Rio de Janeiro é caracterizado pela manifestação recorrente do conflito armado, sobretudo em territórios vulneráveis onde se concentra a população mais desfavorecida. Nestas localidades, torna-se evidente a ineficiência

do Estado em lidar com essa problemática. Por conseguinte, os estabelecimentos de saúde situados nessas regiões enfrentam as consequências decorrentes desses conflitos. A violência configura-se como um obstáculo tanto para o acesso da população aos serviços de saúde, quanto para o desempenho dos profissionais de saúde junto à comunidade, impactando negativamente as visitas domiciliares e interferindo na rotina dos serviços e no planejamento dos processos de trabalho (Benício; Barros, 2017).

Nos territórios abrangidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é frequente que as unidades de saúde cessem suas atividades devido aos conflitos armados. Essa situação acarreta transtornos significativos aos usuários, que perdem suas consultas previamente agendadas, e gera conflitos entre estes e os profissionais de saúde, resultando em desentendimentos e aumento do nível de estresse. Os profissionais de saúde frequentemente experimentam sentimentos de angústia diante da insistência dos usuários em manter a clínica em funcionamento, mesmo durante os conflitos armados, pois isso pode ser interpretado como uma minimização da gravidade da violência. Torna-se, portanto, essencial promover a discussão e aprimorar as ferramentas já existentes, a exemplo da estratégia do "acesso mais seguro", para enfrentar a violência urbana, e buscar novas abordagens que visem proteger coletivamente esses profissionais, envolvendo também os usuários, os gestores e outros segmentos da sociedade (Santos *et al.*, 2020).

O Acesso Mais Seguro possui uma relevância ímpar para as comunidades e se mostra especialmente pertinente em contextos de violência. Sua aplicação tem o potencial de fortalecer a capacidade de gerenciar os riscos de segurança nas atividades do dia a dia, prevenir, reduzir e evitar incidentes que possam causar danos aos trabalhadores, além de adotar uma abordagem mais estruturada para ampliar a segurança e o acesso. Nesse sentido, busca-se estabelecer boas relações com as comunidades locais, autoridades públicas e atores armados (Santos *et al.*, 2020).

Pode-se perceber que os dados expressos pelas fotografias apontaram vulnerabilidades sociais, não estruturais e funcionais de maneira enfática, enquanto que as entrevistas sugeriram, além das vulnerabilidades citadas anteriormente, a de saúde e ambientais.

A violência retratada nos territórios determina que os profissionais não permaneçam funcionalmente nessas UBS, o que diminui a qualidade da assistência à saúde e o acesso. Esse problema também se traduz na saúde mental dos envolvidos, pois o medo e a insegurança no local, onde esses indivíduos moram e trabalham, determina maior número de casos de hipertensão e problemas psíquicos, como ansiedade e depressão (Silva, 2020).

As moradias insalubres e precárias da cidade, que demonstram a falta de planejamento urbano, o que perdura desde os primórdios da ocupação das favelas no Brasil, atestam o elevado risco de contaminação devido ao excesso de pessoas em casas com poucos cômodos e quase nenhuma ventilação, o que remete emblematicamente aos aspectos previstos na Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, que desenvolveu suas análises a partir de ambientes caóticos e insalubres (Nightingale, 1989).

Além disso, a tentativa de desmantelamento do SUS, o que inclui em larga escala a estrutura operante da Atenção Primária à Saúde, o que ficou claramente evidenciado na gestão municipal do Rio de Janeiro do prefeito a época, Sr. Marcelo Crivella, fragilizou a qualidade da assistência à saúde prestada nas unidades de atenção primária. Isso se deu muito em função da precarização dos vínculos trabalhistas com a “Pejotização” (previsão de trabalhadores como pessoas jurídicas e sem as proteções trabalhistas de vínculos CLT ou do serviço público), além da falta de manutenção da estrutura física das unidades, como demonstra a fotografia 5. Conseqüentemente, tal situação contribuiu também para reduzir o número de profissionais por falta de condições de trabalho e de direitos (Fonseca, 2020).

Sob a óptica de Niklas Luhmann (1995), os sistemas sociais atuam na sociedade se autorreferenciando para o meio ou para outros sistemas/subsistemas através da comunicação. Para Luhmann, a sociedade é um sistema complexo e, quanto mais complexo, mais o mesmo está acoplado estruturalmente e diferenciado funcionalmente.

Na obra “Risco: uma teoria sociológica” (1993), o autor difere risco de perigo, descrevendo que o risco se dá pelas conseqüências das decisões dos sistemas/subsistemas sociais, que detém o poder decisório de forma voluntária. Já o perigo, este se dá a fatores externos, como ao entorno ou ambiente. Logo, o sistema não tem um regulador. Há um vácuo comunicacional entre os sistemas, um vácuo entre os que podem decidir e os que não podem, o que faz com que estes sofram as conseqüências (os riscos) impostos pelos decisores. Os sistemas subalternos aos sistemas políticos, econômicos e científicos sentem os riscos das decisões feitas de forma voluntária ou não destes.

Assim, como observado das situações expressas pelas fontes sobre as vulnerabilidades sociais, ambientais, de saúde e relacionadas aos estabelecimentos de saúde, existiram nexos causais dos resultados da resposta que foi oportunizada para o enfrentamento da pandemia no âmbito das UBS com as decisões tomadas pelos sistemas científicos, econômicos e políticos vigentes. Ao se propor maneiras a princípio “corretas” de se fundamentar escolhas, seja no âmbito da ciência, economia e política em suas distintas esferas, sempre haverá potenciais

riscos para os outros sistemas. Um exemplo típico são aquelas consequências do sistema econômico capitalista que, ao ser adotado por um país, podem determinar como consequências certos processos de exclusão e iniquidades sociais, os quais manifestam-se como riscos desse tipo de escolha.

5.3- OS PROCESSOS DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Esta seção foi estruturada a partir do levantamento de documentos oficiais nos níveis municipal, estadual e federal sobre como se deu a reorganização da APS, assim que houve a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional relacionada à COVID-19 (Rio de Janeiro, 2020a).

Durante a pandemia, observou-se uma necessidade premente de reorganização da APS no contexto da cidade do Rio de Janeiro. A crise sanitária exigiu uma resposta rápida e eficiente por parte dos sistemas de saúde, especialmente no que diz respeito à APS, considerada a porta de entrada e pilar fundamental para o cuidado da população (Rio de Janeiro, 2020a).

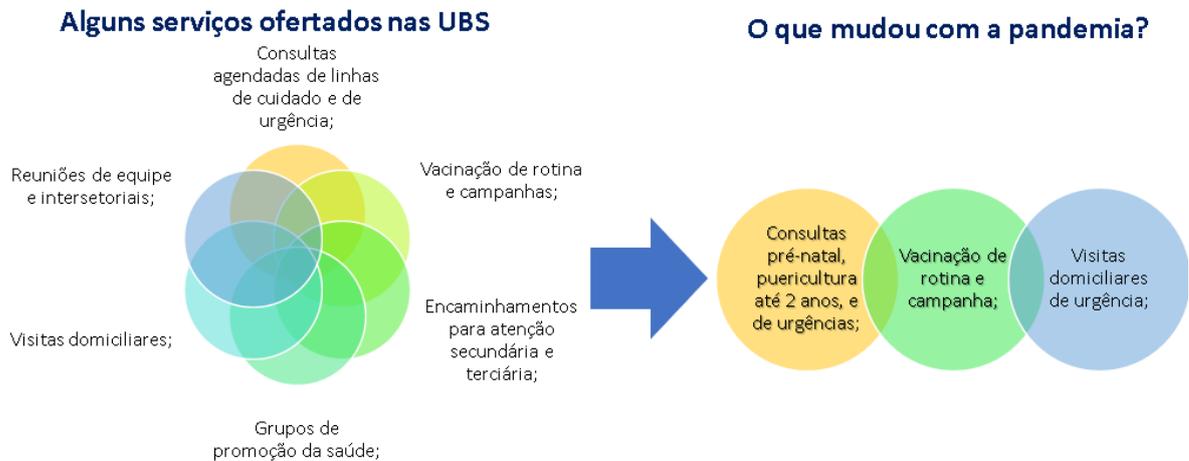
Nesse contexto desafiador, ocorreram adaptações e transformações significativas na estrutura e funcionamento dos serviços de atenção primária no município. Primeiramente, destacou-se a implementação de estratégias de triagem e orientação remota, por meio de teleconsultas e telemonitoramento, com o intuito de reduzir a exposição e o risco de transmissão do vírus entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços (Rio de Janeiro, 2020a).

Além disso, foram estabelecidos protocolos e fluxos de trabalho específicos para o manejo de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, garantindo a identificação precoce, o isolamento adequado e o encaminhamento oportuno dos pacientes. A ampliação da capacidade de testagem também se mostrou crucial para o controle da doença, permitindo o diagnóstico rápido e preciso dos casos, bem como a identificação de cadeias de transmissão (Rio de Janeiro, 2020a).

Outra mudança relevante foi a reorganização dos espaços físicos das unidades de saúde, visando à separação de áreas de atendimento de pacientes com sintomas respiratórios e não respiratórios, evitando a contaminação cruzada e preservando a segurança dos usuários e profissionais. Medidas de higiene, desinfecção regular dos ambientes e uso de EPI foram amplamente adotadas, buscando garantir a biossegurança e minimizar os riscos de infecção (Rio de Janeiro, 2020a).

No que tange à saúde da população, a atenção primária assumiu um papel crucial na promoção da saúde e na prevenção de outras doenças e agravos, além da COVID-19. Foram fortalecidas estratégias de vacinação, monitoramento de doenças crônicas e acompanhamento de grupos de maior vulnerabilidade, com ações voltadas para a educação em saúde, orientação sobre medidas de prevenção e suporte emocional (Rio de Janeiro, 2020a).

Figura 9- Reorganização do serviço ofertados nas Unidades Básicas de Saúde

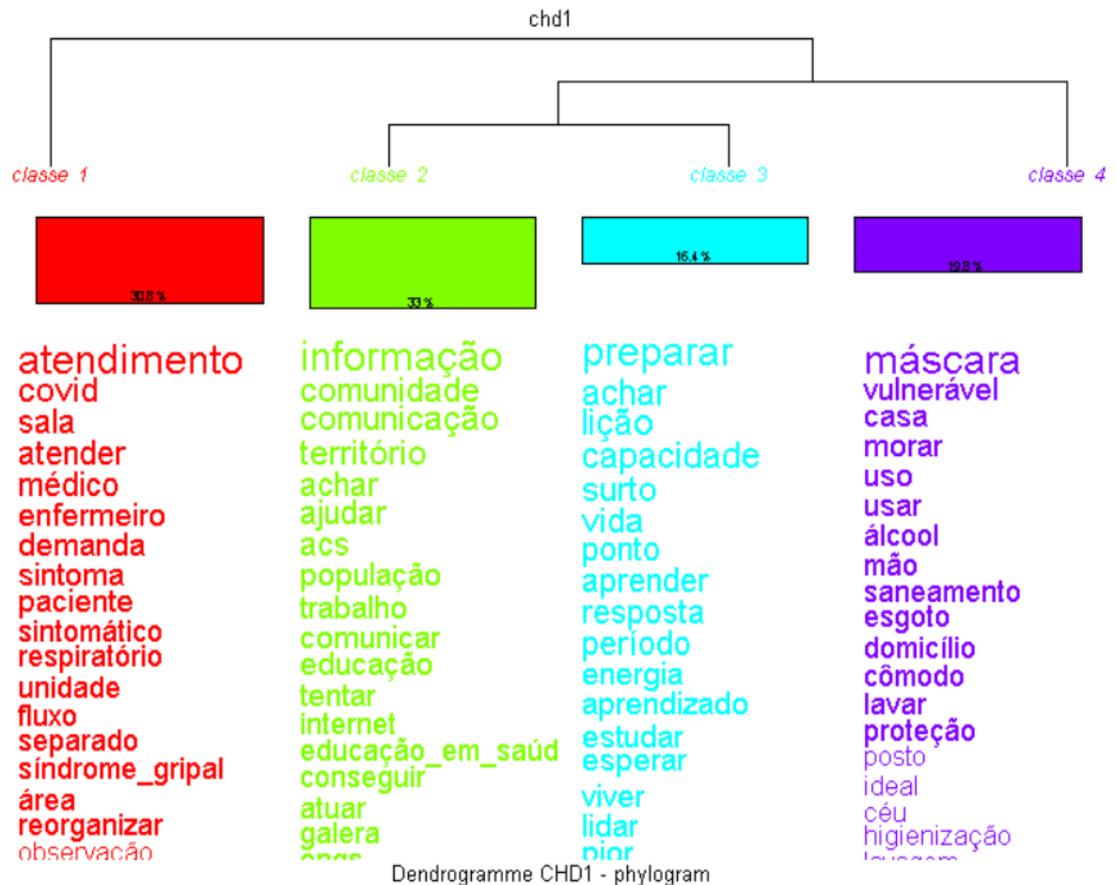


Fonte: elaborado pela Pesquisadora, 2023.

Essa reconfiguração refletiu a necessidade de adaptação e resposta ágil diante de uma crise de saúde pública sem precedentes. Assim, a reorganização dos serviços mostrou-se fundamental para garantir o acesso adequado aos cuidados de saúde, mitigar os impactos da pandemia e proteger a população carioca. A compreensão deste processo se deu por meio das fontes e documentais (APÊNDICE L), entrevistas e observação, cujos dados são apresentados a seguir.

O *corpus* de análise advindo da transcrição das entrevistas semiestruturadas com médicos, enfermeiros e gestores da UBS contemplou 59.349 ocorrências de palavras, sendo 1.121 formas distintas, com frequência média de três palavras para cada forma. Ao todo, foram estruturados 1.336 seguimentos de textos, representando 78,45% de retenção, distribuídos por quatro classes, conforme demonstra o dendrograma a seguir (Figura 10).

Figura 10- Dendrograma da classificação hierárquica descendente com as palavras mais frequentes do corpus da pesquisa



Fonte: dados das entrevistas trabalhados pelo software Iramuteq®.

Pelo dendograma, observa-se que o *corpus* foi dividido em dois grandes eixos temáticos. O primeiro, denominado “gestão reativa”, conteve a classe 1, que foi denominada “reorganização da APS para gestão do risco da pandemia de COVID-19”, a qual contemplou 30,8% do conteúdo total. O segundo eixo temático, “gestão corretiva”, concentrou 69,2% do conteúdo total. Deste eixo, emergiu inicialmente a classe 4, que foi intitulada “vulnerabilidades e estratégias de proteção comunitária” (19,8%); e, depois, um subeixo foi estruturado a partir das classes 2 e 3, que foram respectivamente denominadas “comunicação de risco e educação em saúde nos territórios” (33%) e “lições aprendidas e preparação da APS para enfrentamento da pandemia” (16,4%).

A fim de demonstrar os elementos representativos das classes foram destacadas as palavras com maior relevância, sob o ponto de vista lexicométrico, conforme indicado pelo software Iramuteq®. Assim, no Quadro 5 estão apresentadas as palavras de cada classe com maior porcentagem e χ^2 e com significância de $p < 0,0001$.

Quadro 5 - Apresentação das palavras com maior significância por classes da CHD

Classes	Palavra	Chi2	Porcentagem
Classe 1	Atendimento	211.84	83.45
Classe 2	Informação	60.94	79.66
Classe 3	Preparar	86.11	70.0
Classe 4	Máscara	272.7	90.24

Fonte: autores a partir da CHD gerada pelo software Iramuteq®.

No que tange ao primeiro eixo “gestão reativa”, que contém a **classe 1**, a palavra “atendimento” destacou-se com alto chi² e porcentagem. Nesse eixo há alguns trechos do *corpus*, que representam bem como o setor saúde interveio na resposta emergencial ao desastre. No âmbito da APS, foi reorganizado o modelo assistencial que, junto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscou focar numa lógica mais reativa/contingencial, e menos integral e voltada a práticas de promoção da saúde.

Diferente da atenção hospitalar, a APS geralmente atua como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde. Entretanto, a partir dos trechos abaixo percebe-se a assunção de medidas emergenciais nesse nível de atenção, que visaram, inclusive, a (re)adaptação de certos espaços funcionais das UBS:

[...] A gente se limitou muito aos **atendimentos** no consultório. É muito importante a atenção primária, em especial a promoção de saúde. Você fala com uma pessoa, que passa para outras pessoas aquelas informações. Isso ficou um pouquinho de fora nessa época (da covid)(P.20)

[...] mudou completamente a configuração da unidade. A sala de puff era a sala de eletro. O eletro foi para outra sala. A sala para o **atendimento** era a sala do idoso, onde tinha os grupos. Os grupos foram cancelados. Tinha consultório que a gente usava pra atendimento, e foi redirecionado à covid. (P.1)

Acho que só mesmo essa questão, que já foi preconizada pela Secretaria de Saúde, de diminuir a demanda da unidade de agendamentos pra poder focar nos **atendimentos** dos sintomáticos, e daqueles que realmente não tinham como adiar o acompanhamento.(P.5)

Já o segundo eixo, que aborda a gestão corretiva dos efeitos da pandemia de COVID-19 na APS, contém a **classe 4** “vulnerabilidades e estratégias de proteção comunitária”, que demonstra os desafios e algumas estratégias que os cidadãos e profissionais lançaram mão para reduzirem as vulnerabilidades das comunidades. Desse modo, a seguir tem-se demonstradas algumas vulnerabilidades sociais e de saúde, além da solidariedade de profissionais de saúde das UBS responsáveis pelo cuidado:

[...] Na comunidade, muitos não usam **máscara**, porque o poder paralelo de fato não gosta e não quer, até por conta de identificação. Mas, acabam se tornando mais vulneráveis também por conta disso. Inclusive por não ter acesso ao uso de máscara, não ter dinheiro, por questões financeiras também.(P.10)

[...] Mas, foi em alguma fábrica de calcinha, eu acho. Eu tenho quase certeza, que um familiar de um médico, que fazia calcinhas em larga escala, passou a produzir **máscaras**. E a gente seguiu. Ficamos durante muito tempo com as máscaras de pano. Recebemos também máscaras descartáveis. A gente também oferecia máscaras para os usuários, e álcool em gel também, tubos de álcool em gel pra poder higienizar. (P.13)

“ [...] temos que fornecer as **máscaras**. Um fator que é importante chamar a atenção é a baixa escolaridade, condição socioeconômica ruim, salários em geral baixos e muita informalidade, poucos empregos formais. Então, as pessoas têm que se virar pra comer.(P.3)

Em relação ainda ao eixo “gestão corretiva” foi gerada uma partição com as classes 2 e 3. Na **classe 2**, denominada “comunicação de risco e educação em saúde nos territórios” (33%), a palavra “informação”, que aparece nos trechos a seguir, aponta a necessidade da comunicação entre cidadãos e coletividades no território, bem como a adoção de tecnologias e estratégias de envolvimento de membros das comunidades e de interlocução com pessoas à margem da lei, aspecto este que demonstra a ausência do Estado:

[...] Sim. Criamos faixas. Tentamos comunicar ao maior número possível de pessoas, trazendo **informações** pra população.(P.4)

[...] por exemplo, uma pessoa que está grave em casa e não consegue vir todos os dias pra unidade. Acho que o telefone e a rede_social foram formas de monitoramento mais de perto, pra termos **informação** desse paciente.(P.9)

[...] E se reunir até mesmo com o poder_paralelo do território, pra tentar fazer a **informação** circular, pra tentar trabalhar algumas questões contra a abertura do comércio e tudo mais. Nos articulamos dentro do território.(P.22)

Já a **classe 3** evoca, a partir da palavra “preparar”, uma forma que reitera a ideia de se pensar nos riscos futuros, na tentativa de mudança do paradigma de GRD, da óptica reativa/corretiva para a prospectiva. Assim, os segmentos de texto a seguir são representativos da classe 3 “lições aprendidas e preparação da APS para enfrentamento da pandemia”, anunciando e defendendo a perspectiva da GRD:

[...] A gente não tem que esperar o desastre acontecer pra poder se **preparar**. Na verdade, a gente tinha que pensar nele antes que ele aconteça, montar estratégias para, se acontecer, a gente saber o que fazer.(P.12)

A primeira lição foi que não estávamos **preparados**. Não estávamos nem um pouco. Ninguém jamais poderia imaginar que a gente viveria isso. Enfim, acho que a primeira lição é a questão do planejamento. (P.2)

[...]Acredito que o povo em si, culturalmente, não está **preparado** para uma situação dessa. Uma situação que foi bastante difícil. Até você obter o conhecimento do que estava acontecendo e a vivência da atenção_básica.(P.7)

DISCUSSÃO

Em perspectiva global, a crise sanitária desencadeada pela COVID-19 forçou os sistemas de saúde a reorganizarem seus modelos de atenção em função das características pandêmicas, das variações epidemiológicas e das vulnerabilidades dos estabelecimentos de saúde observadas (Ardakani *et al.*, 2023). No Brasil, o SUS tem na APS o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS), adotando a ESF como forma de promover a expansão e consolidação da APS, de maneira a remodelar o paradigma da assistência, do foco na doença para o foco na integralidade do cuidado, pautado em práticas multiprofissionais.

Com o reconhecimento da COVID-19 como uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), decretos municipais e estaduais foram instituídos no sentido de melhor controlar a transmissão comunitária da doença, buscando-se promover o desenvolvimento de intervenções não farmacológicas, assim como em outros países (Anderson; Heesterbeek; Hollingsworth, 2020).

Como conduta dos governos municipais e estaduais, foram organizados hospitais de campanha civis, que acabaram por demonstrar a coordenação fragilizada do setor saúde, uma vez que não foi devidamente considerado o papel estratégico das UBS/APS como norteador do cuidado, nem foi realizada análise de custo-efetividade para a definição da necessidade de se instituir os hospitais de campanha, como foi observado no estado do Rio de Janeiro (Giovanna *et al.*, 2020).

Não obstante, a RAS passou por uma reorganização do modelo assistencial e dos seus processos de trabalho, com o intuito de diminuir os atendimentos nas redes de atenção às urgências e emergências e, conseqüentemente, auxiliar na resolução da sobrecarga dos hospitais. Isso posto, durante a pandemia foram redefinidas ações no escopo da APS por meio da implementação da ESF, no sentido de melhor exercer os atributos de competência cultural/social e orientação familiar/comunitária.

Essa redefinição não foi homogênea em todo território nacional, haja vista a diferença relacionada à cobertura de equipes de saúde da família, e as tentativas de sucateamento e

desmonte estruturadas a partir da PNAB de 2017, bem como da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (Fernandes; Ortega, 2020).

No município do Rio de Janeiro, os investimentos em saúde foram focados por muito tempo no modelo hospitalocêntrico. Além disso, em comparação com outras cidades, a ESF foi implantada tardiamente, e tinha como modelo assistencial o atendimento tradicional centrado no médico e por especialidades, conforme observado no cotidiano dos centros municipais de saúde (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019).

A partir da gestão municipal entre 2008 e 2016, ocorreu um aumento expressivo da ESF, com inaugurações de Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro, oportunidade em que fora ampliado o número de equipes de saúde da família de 128 para 956, o que impactou na redução de internações por condições sensíveis à APS e melhorou problemas de acesso (Giovanella *et al.*, 2020; Melo; Mendonça; Teixeira, 2019). Em contrapartida, com a condução da Cidade pelo governo seguinte de 2017-2020, observou-se um ajustamento da APS, que acabou por sucatear as UBS, precarizando as relações de trabalho e diminuindo drasticamente a cobertura das equipes de saúde da família. O texto a seguir é esclarecedor das dificuldades enfrentadas neste período:

Desde a mudança de gestão em 2017, não houve aumento da rede assistencial e, em agosto daquele mesmo ano, trabalhadores e população foram surpreendidos com a notícia de que 11 Clínicas da Família (unidades de APS) seriam fechadas na zona oeste da cidade. O anúncio, que teve grande repercussão midiática, movimentou a greve dos trabalhadores da saúde, que já vinham sofrendo com a falta de pagamento, e uma organização estratégica que viabilizou a abertura de mesas de negociação com a Prefeitura (Silva, 2020).

Com a eclosão de casos de COVID-19 no município do Rio de Janeiro, no início do ano de 2020, essa redução de equipes da ESF limitou sobremaneira a capacidade de resposta das unidades básicas que, associada às vulnerabilidades sociais nos territórios de comunidades mais empobrecidas, tornou a gestão desse desastre biológico ainda mais complexa e dramática. De certo, a exposição de famílias em função dos domicílios sem infraestrutura e saneamento básico, com poucos cômodos e em áreas de urbanização descontrolada amplificaram os riscos de infecção.

As previsões de cenários caóticos sob o ponto de vista epidemiológico, especialmente na fase inicial de aumento da aparição de casos de COVID-19, quando ainda pouco se conhecia sobre as características do vírus, fizeram com que os especialistas orientassem os governos a

instituíram a estratégia do “fique em casa”, o que pode ter trazido algum auxílio para que os serviços emergenciais de saúde não viessem a colapsar. Nesse contexto, a APS, nas fases iniciais de resposta à pandemia, acabou por focar nos atendimentos agudos de casos de COVID-19 e sua reorganização se deu por estabelecer salas de resposta rápida, a fim de atender casos agudos de síndrome gripal, com equipe mínima, e indução de medidas para GRD (Rio de Janeiro, 2020).

Tal realinhamento poderia ter sido estruturado de forma mais efetiva, se instâncias do setor saúde, como o Ministério de Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais direcionassem a oferta da testagem em massa da população via APS (Harzheim, 2020). Assim, nos cenários e contextos pandêmicos, a reorganização da APS (para ações menos preventivas e mais relacionadas à contingência/urgência) tendem a gerar questões de desassistência devido ao longo período de adiamento das consultas programadas nas diferentes linhas de cuidado, como é o caso da hipertensão e diabetes, além de outras intervenções assistenciais clínicas e cirúrgicas.

Pensar em GRD implica considerar todas as fases do ciclo de desastres, isto é, ações a serem desenvolvidas antes (de prevenção/mitigação e preparação), durante (de alerta/resposta) e após tais eventos (de recuperar/reconstruir). Ainda há no Brasil uma cultura mais reativa no que tange a ações de resposta; além disso, observa-se que alguns estratos populacionais têm certa dificuldade de percepção de riscos, evidenciada pela postura de incredulidade frente à pandemia, e as medidas de biossegurança instituídas, que denotam o descrédito ao chamado “sistema perito” do país, especialmente aquele formado por pesquisadores e porta-vozes de instituições científicas, o que fora agravado pelas deficiências relacionadas à comunicação de risco e ao uso sistemático (político, religioso, ideológico) de fake news (Lindeman *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023).

Há que se considerar que a comunicação de risco, tal como está inserida nas metas e prioridades do Marco de Sendai para Redução de Risco de Desastres 2015-2030, é estratégia relevante para a troca de informações na abordagem aos desastres, com enfoque voltado para a conscientização, empoderamento, planejamento local e tomada de decisão por parte da população frente a esses eventos e seus riscos potenciais (Conjo *et al.*, 2021). A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da chamada ‘Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário’ (CREC), definiu diretrizes para líderes governamentais, visando a prontidão, preparação e resposta à pandemia de COVID-19, demarcando a importância da confiança e da eficácia das ações (OPAS, 2020). Outrossim, a CREC também buscou contornar mal

entendidos que ocorreram devido à infodemia aliada as *fake news*, e a negação da pandemia por meio de um crescimento importante de uma outra espécie de pandemia, a de desinformação global (Zarocostas, 2020).

A Estratégia Internacional para Redução de Risco de Desastres (EIRD) aponta que a GRD é caracterizada por decisões administrativas, conhecimentos operacionais e organização, desenvolvidos pelas comunidades e sociedades, com o objetivo de implantar estratégias e políticas, que buscam fortalecer suas capacidades (de preparação e resposta), e assim obter a redução do impacto (Mal *et al.*, 2017).

Ademais, sob a óptica da GRD, considera-se a existência de quatro tipologias de gestão: a reativa, que se dá pela ênfase à resposta emergencial ao evento danoso, cujas medidas são empreendidas em curto prazo e logo após o evento; a gestão corretiva, que tem como característica a correção ou redução do risco existente, sem atuar sobre os fatores de riscos estruturais; a compensatória, que se alinha ao fortalecimento da capacidade de recuperação, resiliência social e financeira, sem atuar sobre os fatores de risco estruturais; e a prospectiva, que tem como finalidade o emprego de intervenções sustentáveis de prevenção do risco futuro, ou seja, para além do risco instalado, buscando evitar erros do passado, reduzir vulnerabilidades e transformar as condições sociais de (sobre)vida (Narvaéz, 2009; Lavell, 2003).

Ademais, no contexto da pandemia, as medidas não farmacológicas foram imprescindíveis para a redução dos riscos de infecção pelo SARS-CoV-2, cujo uso de máscaras, quer por profissionais de saúde ou por indivíduos, famílias e comunidades, teve papel relevante (Anderson; Heesterbek; Hollingsworth, 2020; Risi *et al.*; 2021).

As populações mais vulneráveis do município do Rio de Janeiro residem majoritariamente em áreas de maior contingente populacional, como em conglomerados populacionais subnormais ou favelas. A vulnerabilidade social, agravada pelo empobrecimento estrutural/conjuntural sentido durante o período pandêmico, impediu o acesso de grande parcela populacional ao uso de álcool a 70%, a manterem-se em casa, a evitarem exposições em meios de transporte públicos e a usarem máscaras para a sua segurança.

As dificuldades determinadas pela escassez de máscaras não só no Brasil, mas também em outras partes do mundo, logo no início da pandemia, que fora imposta pela necessidade de trocas periódicas, pelas dependências de fornecimento do mercado externo e pelos custos elevados, dificultaram a ampliação de seu uso. Nos territórios da cidade do Rio de Janeiro, essa situação foi ainda agravada pelo poder paralelo exercido pelo narcotráfico nas decisões da comunidade, evidenciado pelo chamando “narcopentecostalismo” (negacionismo pautado na

fé), efeito do desastre social agravado pela naturalização da violência e pela violência e caos urbano (Pedrosa, 2021). Essas questões demonstram a importância de serem estruturadas não só medidas de comunicação para fins de gestão do risco, mas também para enquadrar o Estado no seu papel de protagonista das questões atinentes à segurança pública.

Nesse cenário de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de máscaras, é que foi instituída a máscara de tecido, amplamente utilizada não só nos diversos cenários nacionais, mas também como equipamento de proteção individual pelos profissionais de saúde da APS, na falta daquelas de uso cotidiano pelos profissionais de saúde e descartáveis. No contexto deste período de crise sanitária, mas também de evolução e desenvolvimento de tecnologias sociais sustentáveis (Kneodler *et al.*, 2022), as máscaras de pano foram também utilizadas nos territórios para melhorar a renda familiar.

No âmbito do setor saúde, as TS são relevantes sob o ponto de vista de comporem ações de GRD que se fazem localmente, com os próprios cidadãos que enfrentam determinadas dificuldades/vulnerabilidades. No bojo da APS são profícuos os exemplos, como o é o caso do soro caseiro, da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) para tuberculose, da bricolagem social, das hortas comunitárias e do colegiado gestor. Embora as TS sejam desenvolvidas e implementadas no âmbito da APS, os próprios profissionais das equipes de saúde da família sabem pouco ou nada sobre a sua conceituação formal. Isso provavelmente se deve a divergências relacionadas ao conceito em si, ou pelo seu emprego ainda em vias de se fazer e de se (re)conhecer (Kneodler *et al.*, 2022).

Diante de tais aspectos ora abordados, pode-se compreender que as ações de GRD (no âmbito da APS) podem ser empregadas para reduzir o impacto de epidemias/pandemias. No entanto, tais ações devem ser adaptadas às necessidades específicas de cada comunidade, levando em consideração seus recursos, capacidades e vulnerabilidades específicas. Além disso, é necessário investir em medidas de médio/longo prazo, como a melhoria da infraestrutura de saúde, o fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica, a (re)organização de linhas de cuidado e o empoderamento das comunidades, a fim de aumentar a resiliência e a capacidade de resposta a futuros desastres, e de fortalecer a APS em favelas.

Vale ressaltar que, na perspectiva sociológica dos conceitos da Teoria dos Sistemas Sociais (Luhmann, 1992), deve-se levar em conta que o sistema social está cada vez mais acoplado estruturalmente, devido à globalização, a partir da lógica de que o risco é a consequência das decisões voluntárias dos sistemas que possuem tal poder de decisão (o que difere do perigo). Diante disso, a pandemia surgiu como um dano que “irritou” os sistemas

sociais, sendo uma consequência de diversos sistemas que, em acoplamento estrutural, todo o sistema foi irritado. Da mesma forma, por esse acoplamento, todo o mundo e seus sistemas diferenciados estruturalmente também tiveram de se readaptar e se reestruturar, a fim de minimizar esses danos.

Assim, por mais que o sistema social estivesse em acoplamento estrutural, a auto-observação dos sistemas fez e faz com que as readaptações sejam distintas. No Brasil, por exemplo, por haver desigualdades sociais importantes, os sistemas sociais (que têm o poder decisório), como o sistema político, operaram de forma diferente dos demais sistemas políticos do mundo. Essa diferenciação funcional fez com que com a falta de coordenação (para a condução da pandemia), especificamente naqueles países que optaram por não seguir rigorosamente as recomendações do sistema científico, provocasse mais irritações nos diversos sistemas acoplados e ocorresse mais riscos locais, causando necessidade de mais (re)adaptações societais e sanitárias.

5.4 – O EMPREGO DE TECNOLOGIAS SOCIAIS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DO RISCO DE DESASTRES

No capítulo 1 foi ressaltado não haver ainda um consenso sobre o conceito de tecnologias sociais, o que traz aproximações com o termo “inovação social”, e até mesmo correlações com outras terminologias, como: tecnologias socioterritoriais, tecnologias apropriadas ou culturalmente apropriadas, sendo esta última como fruto do movimento surgido na Índia no século XX (MACIEL *et al.*, 2020).

A partir disso, dentre as TS desenvolvidas e implementadas em dois territórios de favelas distintas, destacaram-se duas. A primeira, que está representada pela fotografia 6, refere-se a uma caixa d’água de uso comunitário, que esteve situada ao lado da edificação de uma UBS. Essa tecnologia reúne requisitos de baixo custo e fácil reaplicabilidade em outros contextos com a mesma problemática e emancipação social.

Fotografia 6 – Tecnologia social implementada na UBS A para resolução de problemas de falta d’água



Fonte: participantes do Photovoice da UBS A, 2022. Data de produção da imagem: 03/12/2021.

Na fotografia, é possível observar a instalação da caixa d'água sobreposta em área construída de alvenaria, com a instalação de duas torneiras para acesso de toda a comunidade, como também da própria unidade básica. Acerca disso, durante a reunião para contextualização da fotografia no Photovoice, os participantes referiram que:

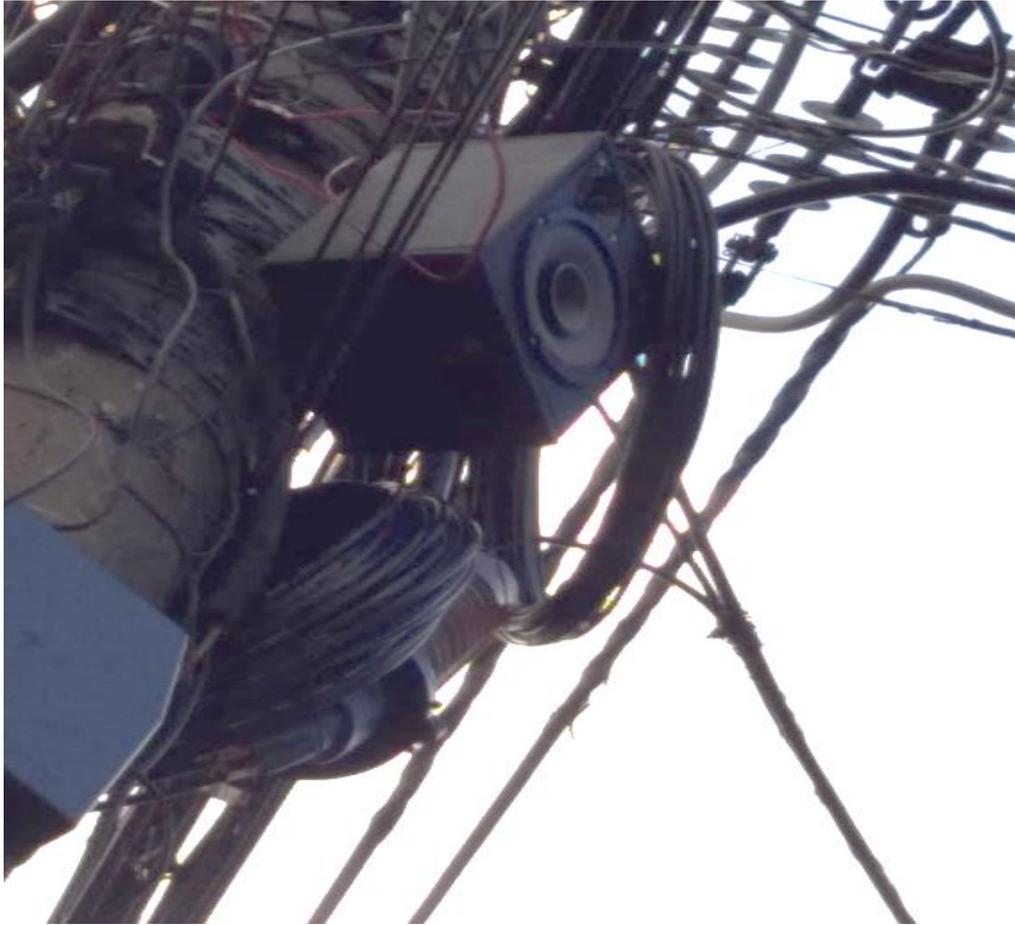
Esse recurso foi feito pela associação da comunidade A junto com alguns órgãos públicos, pra ajudar a população que, em plena pandemia, ficou sem água. [...] Então, foi uma estratégia que ajudou muitos moradores, promovendo a higiene. (Participantes da UBS A)

Faltava muita água no posto. Eram constantes as reclamações. Então, veio a coordenação junto com a associação e resolveram fazer uma parceria de grande importância pra comunidade. Várias pessoas pegam água ali, quando falta água em suas casas... porque sempre falta. E aí, foi muito bom. (Participantes da UBS A)

Sobre o empoderamento comunitário e a empregabilidade desta TS, estão descritos os próximos excertos:

[...] Tudo que vem pra comunidade de bom, dá empoderamento para o morador. Tem gente que não tem água em casa de jeito nenhum, e isso aí foi uma ajuda. Eu acho que o grande impacto foi em relação ao atendimento na unidade mesmo, porque várias vezes o atendimento foi interrompido devido à falta de água. Isso impactava muito na comunidade. E, com a realização desse projeto aí, graças a Deus, a comunidade passou a ter o atendimento que era interrompido por essa questão. Realmente, foi um benefício para a comunidade, inclusive eu vejo assim, muitas pessoas que não têm água dentro de casa enchendo baldes, garrações de água. Antes, acabava a água e ficava sem; agora tem essa caixa d'água para o pessoal.. Participantes da UBS A

Fotografia 7 – Tecnologia social implementada na comunidade relacionada à UBS D para ações de comunicação de risco



Fonte: participantes do Photovoice da UBS D, 2022. Data da foto: 06/05/2022.

Na fotografia 7 está retratada uma caixa com saída de som implantada em um dos postes de luz da comunidade, onde há também várias fiações à mostra. Através deste equipamento fixado naquele e em outros postes foi possível a transmissão da programação de uma rádio comunitária. Essa TS contempla alguns quesitos, como reaplicabilidade e independência/empoderamento através da geração e disseminação de conhecimento. Por meio da rádio comunitária eram realizadas ações de comunicação de risco, como descrito a seguir durante reunião sobre o Photovoice.

É a rádio da comunidade. Um excelente parceiro pra levar informação. [...] Quando o número de pessoas infectadas no primeiro momento da pandemia foi crescendo, a rádio comunitária foi alertando. Nós levávamos os números e a rádio divulgava. Muita gente não acreditava. Só foi acreditando quando ou pegava o vírus, ou tinha alguém dentro de casa, ou próximo que estava infectado.

Os responsáveis pela rádio comunitária apresentavam todas as informações, como o aumento dos casos e as mudanças de fluxos na clínica da família. E passávamos estas informações para eles e sempre reforçávamos tais

informações, já que era tudo novo e as pessoas não acreditavam. Fazíamos um trabalho de bater na mesma tecla sobre como fazer a prevenção, de como usar máscara e se cuidar. E a rádio ajudava a reforçar isso e a nos respeitarem, principalmente por causa do vínculo.” (participantes da UBS D)

Fotografia 8 – Agrofloresta inserida no território adstrito à UBS C



Fonte: Pesquisadora, 2022. Data produção da imagem: 25/06/2022.

Na fotografia 8 é vista a entrada da agrofloresta presente em um dos territórios adstritos da UBS C. Essa imagem foi produzida pela pesquisadora, após alguns relatos surgirem nas entrevistas com enfermeiros, médicos e gerentes e, posteriormente, por meio da observação participante. Essa é uma tecnologia reconhecida por incubadoras de TS, a qual tem como objetivo fortalecer a autonomia produtiva dos sujeitos, beneficiando a biodiversidade e trazendo

impactos no combate à insegurança alimentar. Essa agrofloresta desenvolve atividades periodicamente, por meio de articulações com instituições de ensino e com os aparatos de saúde do território.

Fotografia 9 – Quentinhas organizadas para distribuição na comunidade



Fonte: Participantes do Photovoice da UBS D, 2022. Data da foto: 06/05/2022.

Esta fotografia 9 apresenta uma imagem sobre o movimento local de produção de quentinhas para suprir a necessidade das pessoas que se encontravam em situação de rua e outros indivíduos que estavam com dificuldade financeira devido a perda de emprego. O trecho a seguir expõe isso:

Outra ótica dessa imagem foi a produção de quentinhas por uma pessoa de maneira voluntária para distribuição solidária. Teria muito mais força se fosse muito mais pessoas juntas. Ou melhor, se nossos governantes tivessem um

olhar mais próximo dessa comunidade e das comunidades aqui do Rio. Esse era o projeto da minha mãe de distribuição de comidas. Com a pandemia, observamos que as pessoas que faziam a doação de quentinhas para o pessoal de rua parou de fazer, devido medo de estar se expondo. Da mesma maneira, ela ficou com receio por estar no grupo de risco por comorbidades. E, mesmo assim, ela continuou fazendo as comidas, preparando pra fazer a distribuição. Isso tudo aconteceu por causa disso, da necessidade, da fome que aumentou, da dificuldade das pessoas que trabalham, da dificuldade das pessoas com doação. Porque teve que procurar outras formas, porque já não estava conseguindo trabalhar no que trabalhava antes, e só aumentou a fome, a necessidade, a carência e isso. Na comunidade existem vários parceiros sociais, como representantes da Mulheres da Paz, o Voz da Comunidade, existem várias ONGs que se uniram nesse momento de pandemia, deu um refrigério a muitas famílias. Várias famílias receberam cesta básica, receberam produtos de higiene, álcool em gel. (Participantes da UBS D)

Outro risco imposto pela pandemia de COVID-19, de forma evidente, foi a necessidade de disponibilização de máscaras cirúrgicas ou outras máscaras com proteção mais eficaz, como do tipo N95 e PFF2. Pelos efeitos do desabastecimento global, máscaras de tecido passaram a ser instituídas em diferentes países e contextos (Risi *et al.*, 2020).

Fotografia 10 – Máscaras de tecido



Fonte: Participantes do Photovoice da UBS D, 2022. Data da produção da imagem:
01/06/2022.

Essas máscaras foram produzidas, na maioria das vezes, por pessoas que estavam desempregadas. Foram confeccionadas de cores e modelos diferentes, para atrair usuários ou compradores. Foi um atrativo que ajudou na renda de muitas famílias também. Lembro que, no início... Não sei se por omissão, negligência, a gente não tinha tanto material disponível para nos protegermos. E eu recebi equipamentos de pessoas da comunidade, eu recebi até de empresários voluntários. “Já que o governo não cede, toma aqui o equipamento para você trabalhar, e essas aqui fui eu que fiz.”

Nesse período, a gente teve que fazer escala [...].Eu tive crise de ansiedade [...],e aí eu ficava em casa sem ter o que fazer e passava muito mal. E aí eu peguei uma máquina velha que eu tinha lá, e tentei. Eu nunca costurei na vida, e comecei a costurar, e fiz as máscaras. Aí, foi quando no início eu doei duzentas máscaras. Depois, o pessoal até gostou. Daqui da clínica, muita gente comprou comigo. Depois, eu comecei a fazer, e a comprar tecido e fazer. Então, já não dava para doar, porque eu tinha que comprar material. A comunidade também fazia doações para nós, como forma de cuidado também com os trabalhadores da saúde, pois os EPIs, como máscaras cirúrgicas, eram escassos. Com isso, a gente chegou a usar a máscara de pano, que não era a recomendada para gente que era profissional da área da saúde. Mas, foi o que

a gente tinha no momento. É uma forma de nos alavancar, por querer fazer o melhor, por querer trabalhar. Não que a gente precisasse disso. Mas, é sempre um incentivo. Muitas vezes era uma massagem no ego. Isso nos dava combustível para continuar. Não há nada no mundo que pague isso aí. É o SUS funcionando. (Participantes UBS D)

Ambas as fotografias (9 e 10) representam formas distintas de tecnologias sociais. Uma, como expressão de um processo de trabalho de forma a buscar solidariamente o combate à insegurança alimentar através das doações de comida. A outra, um produto de baixo custo, sustentável e de fácil reaplicabilidade em contextos distintos, que trouxe transformação social em diversos âmbitos, como na economia solidária.

Sobre as máscaras, Risi *et al.* (2020, p.7) apontam que a confecção desses materiais em tecido constituiu-se em

um fenômeno mundial necessário e urgente. Recentemente, o Ministério da Saúde do Brasil mobilizou a população por meio de ampla campanha de produção e uso de máscaras de pano, considerando ser este um EPI simples, sem dificuldade na produção e aliado essencial no combate à propagação da COVID-19 (Risi *et al.*, 2020, p.7).

À luz das experiências aqui relacionadas e dos dados da observação participante, pôde-se inferir que os cenários desta pesquisa (comunidades que tiveram uma maior mobilização por meio de ONGs ou atores sociais e redes de ativistas) apresentaram uma maior probabilidade de desenvolverem e empregarem TS em suas práticas cotidianas, assim como uma maior sensibilização dos indivíduos acerca do cuidado a partir do território, no âmbito de uma lógica de cuidado ambiental, além do exercício da resiliência frente aos problemas enfrentados.

A economia solidária, desenvolvida por meio de máscaras de tecido, as rádios comunitárias, os carros de som e a apropriação das redes sociais para ações de comunicação de risco, bem como o desenvolvimento de hortas comunitárias e distribuição de quentinhas para melhora da insegurança alimentar, tudo isso se deu por sustentação de tecnologias sociais, que ajudaram a sustentar as práticas de gestão do risco do desastre criado sanitariamente, mas também socialmente, a partir da pandemia de COVID-19.

A partir da conceituação de TS, bem como da abordagem das TS ora apresentadas, como fruto da discussão junto aos ACS e líderes comunitários, foram realizadas duas perguntas durante as entrevistas com enfermeiros, médicos e gerentes voltadas à identificação de TS construídas e implementadas durante a pandemia de COVID-19 pela comunidade, e sobre as percepções sobre a necessidade de desenvolvimento dessas tecnologias voltadas ao

enfrentamento de situações de desastres, como a pandemia de COVID-19. A partir das respostas foi gerada, com auxílio do *software* Iramuteq®, uma nuvem de palavras (Figura 11).

Figura 11- Nuvem de palavras das entrevistas com equipe de enfermeiro, médicos e gerentes das unidades básicas de saúde



Fonte: *software* Iramuteq® (Versão 0.7, Alpha 2), 2023.

A nuvem de palavras foi estruturada, no sentido de se buscar possibilidade de triangulação dos dados. Nela, pode-se identificar que as palavras de maior tamanho, como “gente”, “achar” e “comunidade” são as mais frequentes nos discursos acerca da definição de TS e de sua importância.

A palavra “gente” refere-se principalmente aos próprios participantes do estudo, ao se referirem a si próprios (nós), refletindo sua própria participação e articulação no desenvolvimento dessas tecnologias nos contextos de desastres, o que, no contexto pandêmico, demonstrou sua relevância para acompanhamento de pessoas e a continuidade do cuidado em saúde (Silva *et al.*; 2022). Por seu turno, o verbo “achar” guarda nexos com os atos de encontrar e resolver, mas especialmente descobrir e inventar, o que remete à ideia de tentativas de resolução de problemas, de descoberta de soluções por meio da invenção de tais tecnologias. E, no tocante à palavra “comunidade”, esta figura como sujeito, mas também objeto, em relação à

empregabilidade de TS, seja na reaplicação, seja no desenvolvimento para resolução de questões e desafios locais.

DISCUSSÃO

Desenvolvimento de tecnologias sociais a partir do pensamento colonial de Luhmann

A Teoria dos Sistemas Sociais de Niklas Luhmann tem em sua essência a comunicação entre os sistemas. Para o autor, os sistemas atuam em acoplamento estrutural, criando códigos para o ambiente e irritando outros sistemas, reproduzindo-se, para o ambiente, o que ele conceitua como autopoiesis (Luhmann, 1993).

Essa teoria sistêmica, por ter sido criada sob uma óptica europeia, atualmente é percebida por alguns autores como uma macroteoria social, concebida a partir da sociedade global (RIBEIRO, 2013; BOULANGER *et al.*, 2020). Os efeitos da pandemia de COVID-19, plano de fundo deste estudo, confrontaram a Teoria dos Sistemas Sociais de Niklas Luhmann, visto que cada país atuou de modo distinto em relação ao gerenciamento desta crise sanitária (Boulanger *et al.* 2020).

Para Niklas Luhmann (1993), uma sociedade funcionalmente diferenciada é menos harmônica, no tocante às garantias inerentes de estabilidade, assim como há uma defeituosa inclusão de grandes porções da população na comunicação com os sistemas funcionais. Ou seja, é o que o próprio autor e outros cientistas sociais pontuam como uma estratificação social, que se dá essencialmente e consequentemente pela dominação de classe, a nível internacional (RIBEIRO, 2013).

A partir de uma análise crítica sobre o que foi e o que não foi a pandemia de COVID-19, há quem concorde com a ideia de que se tratou de “desastre socioambiental”, até porque os desastres ditos naturais são geralmente fruto da ação humana, na compreensão de que essas mesmas ações humanas resultam na criação de sistemas que subordinam bem-estar humano/animal ao lucro (SAPSN, 2020).

Por mais que Luhmann tenha elaborado uma teoria social, na qual defenda que os sistemas se comunicam e são irritados pelo meio, a pandemia de COVID-19 demonstrou que os sistemas não são caracterizados por um caráter de comunicação globalizado necessariamente. Sistemas de saúde não agiram de maneira padronizada, única, e sim segmentar, e isso ocorreu também pela inação de alguns sistemas, como o cultural, inclusive em detrimento de um aumento das comunicações e irritações de dois sistemas durante a pandemia: o político e o científico (Boulanger *et al.*, 2020). O primeiro acelerou suas

comunicações para o bem e para o mal, oscilando entre a divulgação de ações de gestão do risco frente à ameaça biológica, mas também causando uma infodemia, pondo em cheque orientações da ciência devido à incerteza sobre o vírus SARS-CoV-2, enquanto objeto de estudo. Já o sistema científico evidenciou que, para além da missão de produzir conhecimento servível, há que se investir em estratégias de publicização, divulgação e gestão de informação, em função das inúmeras demonstrações de usos políticos indevidos da Ciência.

Nesse sentido, guardadas as devidas proporções e possibilidade de empregabilidade, a TS apresentada por meio da fotografia 7 demonstra uma solução alternativa para resolução dos impasses verificados entre as preconizações do sistema político, como o seu *modus operandi* que nem sempre figurou a favor de ações efetivas de gestão do risco da pandemia, às intervenções do sistema científico, que pautava sua autopoiesis através de decisões consideradas corretas a cada momento experienciado e sustentadas por evidências científicas. Frente a isso, é importante destacar que a Teoria dos Sistemas Sociais considera apenas os sistemas com poderes de decisão, a partir da compreensão de que a sociedade é feita de comunicações e não de indivíduos, e que estes permanecem acoplados, e nada mais são do que sistemas psíquicos, que apenas se irritam e se estimulam mutuamente. Para discutir as TS, nessa perspectiva, é importante compreender a participação social e o poder decisório das comunidades vulneráveis atingidas pelos fenômenos de desastres, do que se depreende que à teoria luhmanniana não dá conta de uma “episteme do sul” ou de povos latino-americanos subalternos.

Ademais, o autor critica o estado conceitual de risco, referindo que a Sociologia ainda não ofereceu uma análise adequada, assim como as “ciências *hard*”, as quais vêm apresentando conceitos vagos (Luhmann, 1992b). Mas, ainda assim, o autor alerta para os limites do entendimento humano e da capacidade de prever consequências nas mudanças dos sistemas sociais, o que implica pensar na perspectiva social do risco. No caso da COVID-19, o efeito pandêmico e sinérgico de perturbar as comunicações dos sistemas sociais determinou a autoregulação dos sistemas durante o referido período de crise, o que viabilizou o surgimento de tecnologias sociais como forma de “resposta” às complexidades do sistema social.

Participação social no SUS: descolonizando o olhar sobre as tecnologias sociais não hegemônicas

As tecnologias sociais podem ser caracterizadas como formas de a população subalterna utilizar seus conhecimentos alternativos ou não científicos, tendo como premissa a transformação social através de resolução de problemas cotidianos, geralmente invisibilizados

pelas iniquidades. No Brasil, as desigualdades sociais são persistentes, desde sua concepção como colônia portuguesa, as quais foram agravadas pelas marcas simbólicas de toda exploração humana escravagista desde então.

Nessa direção, a empregabilidade de TS guardam conexões profícuas com instituições que promovem estudos sobre ciência e inovação, conforme ponderado no trecho a seguir:

El medio académico extrarregional se convierte así como ocurre en otras disciplinas científicas- en el espacio de legitimación de la reflexión local. En el plano de elaboración teórica, la producción académica se subordina. Aunque esto no implica, necesariamente, que disminuya su tono crítico respecto de las políticas locales. (Dagnino et al., 1996, p. 47)

Com efeito, as TS costumam ser desenvolvidas por populações empobrecidas, sejam elas nativas, caiçaras, quilombolas, ou a partir da ecologia dos saberes através do espaço universitário, tendo como objetivo gerar inovações a partir da ciência acadêmica. Ainda no bojo desses espaços, têm-se o incremento da sustentabilidade a partir do desenvolvimento positivo dessas tecnologias, inclusive no setor saúde.

No Brasil, em função da APS constituir-se na porta de entrada para o SUS, a APS também está relacionada ao princípio organizativo do próprio SUS, sendo também (re)conhecida pela participação comunitária (Brasil, 1990). Considerando que é geralmente o setor saúde aquele que fica mais sobrecarregado a partir de um desastre, situação diferente não foi evidenciada durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19, o que foi agravado pelas complexidades que determinaram a piora de problemas crônicos em sociedades permeadas ainda pela injustiça social (Freitas; Mefano; Cidade, 2020).

A partir da perspectiva de desenvolvimento de TS em territórios de favelas em contexto de desastre, lugares esses invisibilizados sobretudo pela inércia política/governamental, há que se discutir a necessidade de decolonizar o debate, considerando a incorporação dessas tecnologias como forma de empoderamento daquele território não saudável e não sustentável.

O escritor, líder indígena, filósofo e ativista do movimento socioambiental Ailton Krenak alerta que a pandemia de COVID-19 demonstrou que, se o vírus fosse pior que o humano, a humanidade teria desaparecido, e que a epidemia não veio para ensinar. Isto é um “pensamento branco” de que o sofrimento ensina. Esse tipo de pensamento sobre o ensinamento através do sofrimento é uma mentalidade colonial para que os povos indígenas, quilombolas e pobres, aceitem o sofrimento inventado pelos europeus como algo bom e uma forma da branquitude não sofrer com rebeliões (Krenak, 2019).

Compreende-se que a decolonização desempenha papel fundamental no desenvolvimento das TS, uma vez que busca dismantlar as estruturas e os padrões de poder coloniais que ainda influenciam as sociedades contemporâneas. A colonização historicamente impôs formas de conhecimento, valores e sistemas de governança, que favoreciam as potências colonizadoras, muitas vezes em detrimento das comunidades e culturas locais. Na área da TS, a decolonização é importante porque permite uma mudança de perspectiva, valorizando os conhecimentos, as práticas e as necessidades das comunidades locais. Isso implica em reconhecer a diversidade de saberes e experiências presentes em diferentes contextos, em contraposição a uma abordagem universalista que pode ignorar as especificidades culturais e históricas (Mcgowan *et al.*, 2020).

Ao se promover o debate sobre a decolonização na empregabilidade da TS (no bojo das ações de GRD), busca-se ampliar o espaço para o diálogo intercultural, bem como a participação ativa das comunidades e a valorização do conhecimento local. Isso envolve a superação de visões eurocêntricas ou ocidentalizadas da tecnologia e a promoção de abordagens mais inclusivas e colaborativas. Além disso, a decolonização contribui para a construção de inovações sociais que sejam sensíveis às questões de poder e desigualdade. Isso implica em questionar as relações de poder existentes, combater estereótipos e preconceitos, e buscar soluções que promovam a equidade e a justiça social (Mcgowan *et al.*, 2020).

Tecnologias sociais e sustentabilidade: uma solução possível

A sustentabilidade no campo da saúde está atrelada a um modelo de desenvolvimento que busca garantir a saúde e o bem-estar das gerações presentes e futuras, preservando os recursos naturais e os sistemas que sustentam a vida. Isso envolve a adoção de práticas e políticas que estejam focadas na prevenção de doenças, promoção da saúde e redução dos impactos negativos ao meio ambiente. Na perspectiva da sustentabilidade na saúde, é importante evitar a degradação ambiental que afeta a saúde humana, promovendo a utilização racional dos recursos e adotando práticas sustentáveis na infraestrutura de serviços de saúde. Além disso, a sustentabilidade na saúde está relacionada à equidade e justiça social, garantindo acesso equitativo aos serviços de saúde e reduzindo desigualdades em saúde (Veiga, 2020).

A promoção de sistemas de saúde resilientes e a consideração das necessidades das populações mais vulneráveis são fundamentais nesse contexto. E, a partir de considerações sobre o Marco de Sendai com suas metas e objetivos para a busca de resiliência, bem como a participação efetiva do SUS nesse processo, é essencial que autoridades públicas efetivem as

ações para redução de risco de desastres de maneira a trabalhar com eixos diferentes no setor saúde (Silva *et al.*, 2023). A TS, por sua vez, envolve soluções inovadoras e socialmente inclusivas, que visam abordar desafios e demandas da sociedade, promovendo o desenvolvimento sustentável e melhorando a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades.

Destarte, a TS pode desempenhar papel fundamental na promoção da sustentabilidade, pois busca encontrar soluções criativas e viáveis para problemas socioambientais contemporâneos, considerando os aspectos econômicos, sociais e ambientais. Ela se baseia em princípios de participação, colaboração, inclusão e empoderamento das comunidades, visando transformar realidades e promover ações coletivas. No bojo da sustentabilidade, a TS pode estar relacionada a diversas áreas, como agricultura, gestão de recursos naturais, energia renovável, acesso à água potável, saneamento básico, segurança alimentar, moradia sustentável, mobilidade urbana, entre outros. Essas soluções tecnológicas são desenvolvidas e implementadas de forma participativa, envolvendo a comunidade e considerando suas necessidades e conhecimentos locais (Santana; Rahal, 2020).

A TS também contribui para a sustentabilidade ao promover a disseminação de práticas e conhecimentos sustentáveis, empoderar as comunidades, fortalecer a economia local e estimular a inovação social. Ela proporciona alternativas aos modelos tradicionais, muitas vezes ineficazes, ao valorizar a inclusão social, a preservação ambiental e a equidade (Adion, 2022).

Além disso, a TS pode impulsionar a educação e conscientização sobre a importância da sustentabilidade, disseminando informações e promovendo a participação ativa das pessoas na busca por soluções para os problemas comunitários. Portanto, a TS desempenha um papel relevante na promoção da sustentabilidade, ao propor soluções inovadoras e inclusivas que visam ao equilíbrio entre as dimensões social, econômica e ambiental, contribuindo para a construção de um futuro mais equilibrado, saudável e resiliente, inclusive nas situações de desastres, onde a capacidade de preparação e resposta local tende a estar prejudicada (Adion, 2022).

5.4.1 Lições aprendidas a partir do desenvolvimento de tecnologias sociais para gestão do risco da pandemia de COVID-19

Os estudos da área dos desastres têm discutido, com o passar dos anos, a necessidade de desnaturalização desses eventos danosos. E, para além disso, há uma busca da resiliência nos

países e comunidades mais vulneráveis aos desastres socioambientais, principalmente devido ao aumento da ocorrência desses eventos, a partir das mudanças climáticas.

Com a COVID-19, uma sindemia, intensificaram-se os riscos sentidos pelas populações mais vulneráveis, como as que residem em favelas. O racismo ambiental já enfrentado por esses indivíduos e famílias fez com que a assistência, relacionada ao início do enfrentamento da pandemia de COVID-19, fosse discrepante em relação à oportunizada à classe média. Isto, pelas condições distintas dos serviços públicos, como o saneamento básico (Fleury; Menezes, 2020).

Recentemente, a compreensão dos efeitos da sindemia tem surgido como uma fonte de soluções inovadoras para lidar com complexas emergências humanitárias. Essa abordagem visa evitar a interação de resultados negativos nos indicadores fundamentais de proteção e promoção da saúde durante crises de saúde (Kohrt; Carruth, 2020).

Logo, dentre as lições aprendidas a partir desse desastre global, estão justamente a comunicação relacionada à intersetorialidade dos sistemas, e a assunção de estratégias para apropriação dos saberes populares, donde se compreende a importância do desenvolvimento e emprego de tecnologias sociais, enquanto estratégia para busca de resiliência, com vistas a uma gestão do risco de desastres mais prospectiva, e menos reativa e corretiva.

Pela Teoria dos Sistemas Sociais, a auto-observação dos sistemas sociais deve ser realizada de forma contínua, para que ocorra, de fato, a incorporação de ações advindas dos ensinamentos oportunizados pelos desastres globais e emergências de saúde pública de importância internacional. O que implica pensar nas diferenciações funcionais relativas às especificidades dos países do sul, onde ocorrem processos intermitentes de exclusões e desigualdades sociais.

Para um efetivo desenvolvimento e (re)construção de políticas voltadas à promoção e empregabilidade de TS, é preciso que os sistemas e subsistemas, que sofrem com os riscos advindos de decisões de outros sistemas, estejam sempre realizando ações de comunicação de forma a estruturarem uma cultura de produção de inovações sociais no âmbito da sociedade do sul global. Isso implica pensar na evolução de um processo de decolonização tecnológica do sul.

É importante apontar que esse tipo de tecnologia também pode ser utilizado para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Como o Brasil é um país que sofre com injustiças sociais e desigualdades, quando se considera o conceito ampliado de saúde proposto pela OMS, as TS devem ser implementadas ou reaplicadas pelas diferentes regiões do país, especialmente naqueles locais mais vulneráveis, considerando sistematicamente os

determinantes sociais em saúde (DSS). Esses determinantes são entendidos como as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem, e envelhecem, e o amplo conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Tais forças e sistemas incluem políticas econômicas, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos (OMS, 2018).

Figura 12- Gráfico com potenciais nexos com a GRD e implementação de Tecnologias sociais



Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2024.

O esquema acima representa os potenciais nexos da gestão do risco de desastres baseada em processos a partir das fases de prevenir o risco futuro, reduzir o risco existente, preparar a resposta, responder e reabilitar, recuperar e reconstruir, com os determinantes sociais da saúde modelados por Dahlgreen e Whitehead (condições de vida e trabalho, redes sociais e comunitárias, condições ambientais gerais, condições culturais e condições socioeconômicas).

Existem incubadoras de tecnologias sociais, e há um esforço do governo atual (Lula III) de incentivo a implementação desse tipo de tecnologia. Frente a isso, é preciso que em comunidades empobrecidas, como as favelas ocorra, um esforço maior para reaplicação de tais arranjos tecnológicos, moldando a população local para o alcance de todos os 17 ODS de forma prospectiva, com o olhar para os DSS.

E por que essa população? Pois esses indivíduos e famílias sofrem com a pobreza estrutural e conjuntural, que se constitui em um DSS que causa diversas consequências. Como pontuam Sakellariou e Pollard (2009), os problemas herdados da pobreza não são apenas sobre ter recursos financeiros inadequados, mas sobre confrontar múltiplas formas de exclusão social, como o acesso limitado à educação, emprego, moradia e transporte.

5.4.2 Negacionismo da sindemia de COVID-19: uma escrevivência pela busca da resiliência da favela

A pandemia de COVID-19 desencadeou diversas emoções em indivíduos e famílias em todo mundo. No Brasil, com a polarização política que foi piorada a partir dos usos e abusos da própria situação de crise sanitária, só fez causar uma profusão de sentimentos, de reações negacionistas e até mesmo violentar a reações solidárias e de empatia.

Diante desse panorama, neste subtexto, que se constitui em uma “escrevivência” do meu percurso de pesquisa, manifesto parte de minhas inquietações e representações simbólicas.

Como enfermeira, mulher negra, LGBT, nascida e criada até os 12 anos em uma favela. Atuei na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 2016 a 2020, vivenciando experiências em práticas assistenciais. Além disso, perdi um familiar para o vírus em um sistema hospitalar colapsado. Como pesquisadora, busquei por formas de dar voz à comunidade e de saber como a favela conseguia dar conta de sua própria resiliência no enfrentamento desse desastre.

Estar do lado da Ciência e ver o que estava acontecendo nas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro (a maior letalidade do Brasil em 2020) foi difícil. Na ESF, nós cuidamos de forma a prezar pela longitudinalidade e, dessa forma, criamos vínculos com indivíduos e famílias que ali moram e vivem. Durante a gestão municipal do prefeito Marcelo Crivella, as Clínicas da Família e Postos de Saúde sofreram tentativas de desmonte e precarização de seus serviços. Fechamentos de UBSs e encerramento do trabalho de equipes de saúde da família ocorreram ao longo do mandato iniciado em 2017. Além disso, houve casos de falta de pagamento.

Em 2020, especificamente em fevereiro, ocorreu uma demissão e recontração de profissionais numa área programática populosa. No entanto, os técnicos de enfermagem e assistentes administrativos não foram recontraados. Isso resultou em enfermeiros sobrecarregados nas UBS.

Em março de 2020, a pandemia de COVID-19 chegava oficialmente nas UBS através de decretos municipais e estaduais. Desde então, até a mudança de mandato, a prioridade de incentivos financeiros se limitou aos profissionais da saúde em cenários hospitalares. Nesse ínterim, as UBS reorganizavam sua estrutura da maneira que era possível, para atender os indivíduos com quadros de síndrome gripal sugestivos de COVID-19.

Pouco se sabia, não houve educação permanente com foco nesse tema, apenas emissões de notas técnicas e documentos de orientação. Orientações vagas sobre distanciamento social e lavagem das mãos passaram a ser propagadas no âmbito das UBS, cuja clientela é geralmente composta por cidadãos que convivem com muitas pessoas na mesma casa. Residências essas com no máximo dois cômodos pequenos e com falta d'água. Faltavam EPIs, como máscaras, capotes e óculos de proteção para os profissionais, e ainda tínhamos que exigir dessa população tais máscaras para poderem ser atendidos. Contudo, como não era aceitável e nem humano negar a assistência dessa população, a própria UBS fornecia as máscaras para a mesma.

Os EPIs foram contestados pelas pessoas que desacreditavam na pandemia, especialmente motivado por pessoas, empresas e entidades que disseminavam notícias falsas e alimentavam o negacionismo, encontrando na figura do presidente da república Jair Messias Bolsonaro, a figura contestadora de todo o empreendimento que o próprio Ministério da Saúde passara a operar no início da crise. Então, nas UBS o clima era de “guerra múltipla”: ao vírus, às informações falsas, à desassistência e à sobrecarga por burnout.

Infelizmente, a desassistência ocorreu devido às medidas de proteção. Isso resultou na suspensão de consultas programadas e visitas domiciliares. Além disso, houve uma desatenção com linhas de cuidado como hipertensão/diabetes e tuberculose. Isso levou ao surgimento de mortes em domicílio por causas “indefinidas”. Hipertensos e diabéticos, sem medicamentos, evitaram buscá-los por medo da infecção. Isso sem falar na falta de oxigênio, que ocasionou em um grande número de mortes no norte do país. E os casos de tuberculose? Esses acabaram mascarados pelos sintomas da síndrome gripal.

Tudo isso ocorre junto com as crescentes mudanças climáticas, que intensificam desastres de origem natural. Temos inundações do norte ao sul, bem como situações de secas e estiagens. Além disso, a violência aumentou desproporcionalmente em estados como o Rio de

Janeiro e São Paulo. O Supremo Tribunal Federal teve que proibir operações em favelas durante a pandemia, devido ao significativo aumento de mortes de moradores dessas áreas, incluindo crianças, idosos e gestantes, durante os conflitos.

E o presidente da República? Equipou o Estado com generais em cargos de confiança, como no Ministério da Saúde, minimizou a pandemia, desprezou o uso de máscaras, debochou de pacientes que precisavam de respiradores, deixou-se mostrar passeando de lancha em momentos críticos, tentou privatizar o SUS, impôs sigilo de 100 anos em seu cartão de vacinação e superfaturou a compra de vacinas.

Não há como chamar esse período de pandemia apenas. O que aconteceu no Rio de Janeiro, no Brasil e em países subdesenvolvidos, mas também em países desenvolvidos com lideranças negacionistas, como nos Estados Unidos da América, de Donald Trump, foi uma sindemia. Uma sinergia de desastres concomitantes, que foram sentidos de maneiras distintas em locais que já sofriam há séculos com desigualdades sociais, como o Brasil. Em favelas e demais áreas periféricas isso ficou bastante evidente, infelizmente.

Através desse panorama sombrio e impactante, decidi retornar à pós-graduação e pesquisar sobre como a favela, através do SUS, busca(ou) sua resiliência frente à essa sindemia. A experiência em outras favelas, conversando com lideranças e agentes comunitários de saúde, bem como profissionais de saúde e moradores daquela periferia, evidenciou o que aqueles que residem nessas localidades já sabem: a solidariedade e criatividade são formas de o pobre conseguir sua resiliência, quando o Estado apenas exerce a sua necropolítica.

Durante o processo da coleta de dados e permanências nas unidades básicas, o contato com os agentes comunitários de saúde e líderes comunitários fez-me enxergar mais claramente o efeito da solidariedade dos que moram em favelas. A vontade de ajudar em diversos graus, mesmo que com posicionamentos políticos divergentes, impera nesses espaços.

Era aparente nos participantes da pesquisa, sejam enfermeiros, médicos e gerentes, mas principalmente os ACS e líderes comunitários, a angústia de ver seus “cadastrados” em situações de vulnerabilidade pioradas devido à pandemia e pela falta de governança local e nacional. Não vou dizer que todas as quatro UBS estavam totalmente engajadas, mas três delas apresentaram um perfil bastante proativo para mitigar os efeitos da COVID-19 e da sindemia na população adscrita.

Numa unidade básica, o grupo de ACS levantou questões afetivas importantes. Isso incluiu o distanciamento da família, para evitar riscos devido ao trabalho direto com pessoas potencialmente infectadas. Relataram o falecimento de um familiar, despertando indignação e

impulsionando a busca por motivos para ajudar o próximo. E nessa mesma unidade foram articuladas ações com a rádio comunitária, para a redução do número de casos da favela, assim como a organização de distribuição de quentinhas para indivíduos e famílias em insegurança alimentar, e fabricação de máscaras de tecido em uma fábrica de calcinhas.

Assim, escrever esta tese foi uma experiência decolonial, de dar voz aos que não são ouvidos pelo Estado. Foi disruptivo descrever os sentimentos dessa busca de dados para fundamentação e análise dessa pesquisa, que tem moldes baseados na ciência colonial. A sabedoria da comunidade é plural, mas ainda imprimem a marca da colonialidade pela marginalização de seus saberes. Assim, concluo que esse tipo saber é uma disrupção possível e necessária.

Vale ressaltar que a subseção escrita por se tratar de uma escrevivência, ou seja, “uma escrita de nós”, termo cunhado pela escritora brasileira Conceição Evaristo, não têm a pretensão de ser academicista. Por este motivo, não há referências visto que é uma escrita contracolonial e de experiência de uma coletividade vulnerabilizada, a qual a pesquisadora faz parte (pessoas negras, periféricas, de religiões não hegemônicas). Logo, reflete a história de uma coletividade através dos olhos da pesquisadora.

No tocante às limitações do estudo, este teve como desafios metodológicos o desenvolvimento da pesquisa durante a pandemia de COVID-19 foi um fator limitador, especialmente se consideradas as características e vulnerabilidades dos cenários de estudo. Com efeito, com o distanciamento social houve dificuldades adicionais para sensibilização dos profissionais para participação na pesquisa, inclusive os adiamentos recorrentes de coleta de dados em uma das unidades, devido aos conflitos bélicos constantes no território, o que impactou no tempo de coleta (captação das entrevistas), bem como no número de participantes que ficaram com receio em coletar dados para etapa do *Photovoice*, com medo da produção de imagens fotográficas e da compreensão dos membros do poder paralelo existente na comunidade. E teve como limitação os cenários de estudo, que como estavam inseridas em uma determinada Área Programática do município do Rio de Janeiro, possivelmente se fosse em outro cenário como no interior do estado do Rio de Janeiro não teria os mesmos resultados (outras vulnerabilidades e tecnologias sociais).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tipologias de vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial à pandemia de COVID-19, identificadas neste estudo, relacionaram-se a aspectos de saúde, socioambientais, sociais, funcionais e não estruturais. Essas vulnerabilidades emergiram dos discursos dos participantes entrevistados e das fotografias do *Photovoice*. Destacadamente, essas tipologias foram evidenciadas a partir das marcas do racismo ambiental e da ideia de que a gestão do risco de desastres precisa ser local e de base comunitária.

De modo indireto, as favelas do município do Rio de Janeiro foram o cenário deste estudo, visto que o campo de coleta foram quatro unidades básicas de saúde. São nesses espaços de construção de esquemas capitalistas, mas também de sistemas simbólicos que sustentam lógicas sociais que persistem entre dominantes e dominados, que se deve pensar em alternativas para além das tecnologias sociais. Urge a assunção de práticas e políticas públicas que busquem o estado de bem-estar, condição distante nas favelas, o que tende a atestar a incompetência do Estado.

Para que isso possa vir a ocorrer, a sociedade precisa seguir mecanismos de auto-percepção contínua e crítica de suas comunicações como sociedade. Ou seja, como a sociedade se autorreproduz por meio da autopoiesis de seus subsistemas, a industrialização e o capitalismo forçam a exclusão e iniquidades, fazendo o estado de bem-estar inexistir. Isso se deve ao fato de haver sistemas e subsistemas com poder decisório. Para tanto, a própria sociedade deve observar suas próprias comunicações em seus subsistemas, a fim de obrigar esses a realizar uma compensação nessa complexidade estrutural e de diferenciação funcional. Frente às vulnerabilidades, então, há a necessidade de compensação dos direitos humanos, de forma a assegurá-los, por meio da comunicação dos subsistemas sociais.

No que tange à possibilidade de próximas pandemias e às incertezas relacionadas a uma sociedade de risco e vulnerável, a diferenciação funcional das formas de comunicação deve ser estruturada de maneira mais enfática, a fim de compreender as dinâmicas sociais. É preciso, então, sempre haver comunicação, a fim de se obter a compensação em seus diversos âmbitos, como relacionado à vulnerabilidade de saúde e social, através da participação ou controle social, e assim obter a execução e implementação das políticas públicas voltadas à segurança humana e diminuição das iniquidades sociais.

No tocante ao processo de reorganização da APS, os aspectos que emergiram dos discursos dos participantes evidenciaram a necessidade de organização e sistematização de

ações de gestão do risco de desastres, como foi o caso da COVID-19 no município do Rio de Janeiro. Por essa lógica, destacou-se como pontos sensíveis a resposta descoordenada em relação à governança, que fez com que a APS assumisse predominantemente duas tipologias de gestão: reativa e corretiva.

A complexidade da análise de casos de favelas da cidade do Rio de Janeiro constitui-se em desafio extra, por haver questões cristalizadas de (des)governança e gestão pública pouco sustentada por práticas baseadas em competências, bem como pela perpetuação de uma espécie de cultura do descuido com a Cidade, de reificação dos riscos e da naturalização dos diferentes desastres enfrentados, sejam eles de origem natural, tecnológica ou social.

Com isso, a partir de uma lógica local de enfrentamento das situações de emergências em saúde pública e desastres, que preveja a participação comunitária e o desenvolvimento e incorporação de tecnologias sociais e operacionalização de medidas de comunicação de risco mais robustas junto às comunidades, pode-se alcançar melhores padrões de resposta, no sentido de garantir, manter, proteger e promover a saúde das pessoas, famílias e comunidades, ampliando a sua resiliência, a capacidade de preparação e resposta do setor saúde, e confrontando sistemas e culturas reativas de gestão do risco.

Outro ponto é reconhecer a potencialidade do desenvolvimento e implementação das Tecnologias Sociais nesses territórios, como forma de superar os problemas locais relacionados aos desastres, especialmente nas ações e diferentes fases de gestão do risco desses eventos danosos. Para além de evidenciarem as diversas vulnerabilidades de um dado território, as tecnologias sociais ajudam a fortalecer a resiliência de favelas a partir da participação social, com o empoderamento do saber tradicional atrelado ao científico.

Ademais, a prática da decolonialidade tem ganhado espaço cada vez maior na América Latina. Este termo é diferente do “descolonial”, devido sua necessidade de busca de superação sofrida por grupos subalternos. Aqui, neste estudo, indivíduos e famílias residentes em favelas, e inclusive populações sensíveis ao racismo ambiental. A decolonialidade, quando atrelada ao tema da gestão do risco de desastres, busca combater as práticas hegemônicas e dominantes dos saberes na resposta e gestão desses eventos danosos.

Assim, é necessária a promoção de práticas decoloniais em comunidades vulneráveis aos desastres, ou que sofram os efeitos do racismo ambiental. Nessa direção, as TS podem fomentar a participação efetiva da comunidade, valorizando os saberes, envolvendo os sujeitos, buscando empoderamento no planejamento, resposta, recuperação e reconstrução territorial. Mais que isso, as TS atuam de forma flexível de acordo com os problemas dos indivíduos e, da

mesma forma, podem ser uma maneira de atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a partir da busca em atender principalmente o ODS 11, que trata de tornar as cidades e comunidades mais inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis.

Aponta-se ainda necessidade de realização pesquisas robustas sobre o uso e desenvolvimento de tecnologias sociais no âmbito dos desastres, que levem em consideração a sustentabilidade e a urgência das pautas sobre as mudanças climáticas. Isso implica pensar no fortalecimento de diálogos dos saberes tradicionais com os saberes científicos, que preveja a interlocução de diferentes áreas das ciências da saúde, humanas e exatas.

O investimento em TS pode ser uma saída possível e disruptiva para resolução de certos problemas em desastres, inclusive para a superação de iniquidades e injustiça social em territórios subalternos. Nesse sentido, a APS mais uma vez demonstrou que, através da ESF, tem a capacidade de ser um espaço oportuno para a realização de formas eficazes de participação social no âmbito do SUS. Contudo, é imprescindível que o engajamento comunitário seja continuamente estimulado pois, caso contrário, de nada adiantará. Há que se pensar, portanto, na condução de medidas que enquadrem os indivíduos e famílias dos territórios como sujeitos ativos de sua própria história, e que possam lutar de forma instrumentalizada por seus direitos enquanto cidadãos por serviços públicos que possam fazer frente às iniquidades persistentes, sobretudo entre aqueles mais empobrecidos.

REFERÊNCIAS

- ADION, Annaliza P. et al. Social studies student's motivation in online learning during COVID-19 Pandemic. **International Journal of inclusive and sustainable education**, v. 1, n. 1, p. 24, jul. 2022
- ANDERSON, Roy M. *et al.* How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, n. 10228, p. 931-934, mar. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30567-5). Acesso em: 14 jun. 2023.
- AGÊNCIA BRASIL. População de rua em SP aumenta 53% em 4 anos e chega a 24 mil pessoas. 11,7 mil pessoas dormem em abrigos e 12,6 mil estão em calçadas ou sob viadutos. **Exame**, 2020.
- ARDAKANI, Elham Shaker et al. A Resilient, Robust Transformation of Healthcare Systems to Cope with COVID-19 through Alternative Resources. **Omega**, p. 102750, set. 2022b. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.omega.2022.102750>. Acesso em: 20 jun. 2023. Acesso em: 14 jun. 2023.
- BATISTA, F.E.S, PINHEIRO, E.G, FERENTZ, L.M.S, STRINGARI, D. Desastres biológicos e sua relação com a saúde coletiva: Uma análise dos artigos publicados no estado do paraná. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2019/Jul). [Citado em 14/05/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desastres-biologicos-e-sua-relacao-com-a-saude-coletiva-uma-analise-dos-artigos-publicados-no-estado-do-parana/17289?id=17289>
- BHATTACHARYYA, Sneha *et al.* Building resilient community using social technologies. **ICDCN '19: Proceedings of the 20th International Conference on Distributed Computing and Networking** ICDCN '19: Proceedings of the 20th International Conference on Distributed Computing and Networking, p. 405-408, 2019. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/abs/10.1145/3288599.3295591>.
- BAUMGARTEN, Maíra. **Tecnologias Sociais e Inova o Social**. In: Ant nio David Cattani; Lorena Holzmann. (Org.). **DICIONÁRIO DE TRABALHO E TECNOLOGIA**. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011..
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020a [acessado em 9 mai. 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Aten o Básica – PNAB**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: . Acesso em: 13 maio 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema  nico de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em 10 de junho de 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Cobertura da Atenção Básica, Dezembro de 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Projeto de Lei nº PLS 111 de 2011. Institui a Política Nacional de Tecnologia Social. Diário do Senado Federal. 25 Mar 2011. [acesso em 2022 mar 22]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/99555>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS; 2007.

BENICIO LFS, BARROS JPP. Estratégia Saúde da Família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. SANARE (Sobral Online) 2017; 16 Suppl 1:102-12.

BENTOLILA, Silva; BONADÉ, Alejandra. La violencia de los desastres. **subjetividad y procesos cognitivos**, v. 23, n. 1, p. 1-16, 2019.

BOULANGER, Paul-Marie; SALTELLI, Andrea; DUARTE, Daniel Soares; CUADROS, Lóren Cristine Ferreira. Luhmann Pandêmico. Cadernos de tradução. Número especial, 2020.

BOUSQUAT, Aylene et al . Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 8, e00037316, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805005&lng=en&nrm=iso>. acessado em 22 Out. 2020. Epub Aug 21, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037316>.

BURGEN, S.; JONES, S. Poor and vulnerable hardest hit by pandemic in Spain. Rate of infection in working class areas in and around Barcelona is nearly seven times higher than upmarket áreas. The Guardian, 1 Abr 2020. Available at: <<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/01/poor-and-vulnerable-hardest-hit-by-pandemic-in-spain>> Access: April. 08. 2020.» <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/01/poor-and-vulnerable-hardest-hit-by-pandemic-in-spain>

BUZAN, Tony. **Mapas Mentais**: criativos para estimular o raciocínio e usar ao máximo o potencial do seu cérebro. Rio de Janeiro: Sextante, 2009. 96 p.

CARDOSO, R.B.S. Hospitais seguros frente a desastres: tradução e aproximação cultural do Índice de Seguridad Hospitalaria para o contexto brasileiro. Mestrado (relatório de dissertação). EEAN/UFRJ, 2018.

CARTER, Jocelyn; HASSAN, Susan; WALTON, Anne. Meeting the Needs of Vulnerable Primary Care Patients Without COVID-19 Infections During the Pandemic: Observations

From a Community Health Worker Lens. **Journal of Primary Care & Community Health**, 2022.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. *Revista Katálysis*, v. 24, n. 2, p. 269-279, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75361>. Acesso em: 21 abr. 2024.

CAVALLIERI, F.; LOPES, G.P. Índice de Desenvolvimento Social: comparando realidades microrurbanas da cidade do Rio de Janeiro. **Coleção Estudos Cariocas**, 2008. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/ed08.asp>

CECCIM, R.B. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. **Saúde - Revista do Nipesc**, Porto Alegre -RS, v. 3, n.4, p. 59-77, 1999

CONJO, Manuel Pastor Francisco *et al.* A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO DO RISCO DE DESASTRES NATURAIS: UM OLHAR SOBRE A REALIDADE MOÇAMBICANA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 7, n. 12, p. 602-623, 30 dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i12.3483>. Acesso em: 14 jun. 2023.

CNS pede que parlamentares revisem emenda constitucional que congelou recursos do SUS. 4 nov. 2021. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2159-cns-pede-que-parlamentares-revisem-emenda-constitucional-que-congelou-recursos-do-sus#:~:text=EC%2095/2016,série%20de%20agravos%20à%20população>. Acesso em: 22 abr. 2024.

DAGNINO, Renato. **O envolvimento da FBB com políticas públicas em tecnologia social: mais um momento de viragem**. In: Costa AB, organizador. *Tecnologia social e políticas públicas*. São Paulo: Fundação Banco do Brasil; 2013. p. 247-274.

DELGADO, D., QUINTANA, F., PEREZ, G., LIPRANDI, A., NEGRETTI, C. P., MENDOZA, I.; BARANCHUK, A. Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, n.17,v.8.2020

DORN, Aaron van; COONEY, Rebecca E.; SABIN, Miriam L. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. **The Lancet**, v. 395, n. 10232, p. 1243-1244, abr. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30893-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30893-x). Acesso em: 20 jun. 2023.

DUCKETT, S. What should primary care look like after the COVID-19 pandemic? **Aust J Prim Health**. 2020 Jun;26(3):207-211. doi: 10.1071/PY20095. PMID:32454003.

DUQUE, Thais Oliveira; VALADÃO, José de Arimatéia Dias. Abordagens teóricas de tecnologia social no Brasil. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 11, n. 5, p. 1, 14 dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12712/rpca.v11i5.962>. Acesso em: 20 jun. 2023.

ETTORRE, Donatella *et al.* Towards a New Definition of Social Innovation. *In: ETTORRE, Donatella et al. Organizational Innovation and IT Governance in Emerging Economies.* [S. l.]: IGI Global, 2015. p. 130-153. ISBN 146667332X.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Decreto nº 47006, de 27/03/2020. Dispõe sobre as medidas de enfrentamento da propagação decorrente do novo Coronavírus (Covid-19), em decorrência da situação de emergência em saúde, e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro; 2020 [cited 2020 Apr 15]. Mar 30. Available from: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391908>
» <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391908>

FAROKHAH, Laely. *et al.* The improvement of mathematical communication ability of elementary school students through project-based learning using mind map technique. **Journal of Physics: Conference Series**, v. 1806, n. 1, p. 012105, 1 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1806/1/012105>. Acesso em: 20 jun. 2023.

FAVRET-SAADA, Jeanne. 1990. “Être Aff ecté”. *In: Gradhiva: Revue d’Histoire et d’Archives de l’Anthropologie*, 8. pp. 3-9.

FERENTZ, L M S; GARCIAS, C M; SETIM, L C F. Proposta de um indicador de desenvolvimento sustentável com base na qualidade de vida, bem-estar e felicidade: estudo piloto na cidade de Curitiba, Brasil. **Anál. Social**, Lisboa , n. 234, p. 168-192, mar. 2020 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-25732020000100007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 20 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.31447/AS00032573.2020234.07>.

FERNANDES GCM, TREICH RS, COSTA MFBNA, OLIVEIRA AB, KEMPFER SS, ABELAÑO RA. Atenção primária à saúde em situações de desastres: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**. 2019 ;43:e76. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.76>

FERNANDES, CS; CARVALHO, JN, FEITORA, ES, COSTA NP, MORAES TM, RODRIGUES ARS, *et al.* Photovoice como método de pesquisa para educação em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2019b.51434. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.51434>.

FERNANDES, Luisa; ORTEGA, Francisco. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300309>. Acesso em: 14 jun. 2023.

FERRARI, Ilka Franco; JANUZZI, Mônica Eulália da Silva; GUERRA, Andréa Máris Campos. Pandemia, necropolítica e o real do desamparo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 23, n. 3, p. 564-582, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p564.8>. Acesso em: 21 abr. 2024.

FLEURY, Sonia; MENEZES, Palloma. Pandemia nas favelas: entre carências e potências. *Saúde em Debate*, v. 44, spe4, p. 267-280, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e418>. Acesso em: 13 jun. 2023.

FREITAS, C. M. **Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, Secretaria de Vigilância em Saúde. 2018

FREITAS, C M et al . Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência: lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 6, p. 1577-1586, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600021&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600021>.

FREITAS, C. M. *et al.* A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês. Relatório Técnico. Rio de Janeiro, 2020. Available at: <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-da-fiocruz-discute-isolamento-social-e-gestao-de-riscos> Access: May. 16. 2020.
» <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-da-fiocruz-discute-isolamento-social-e-gestao-de-riscos>

FREITAS, CM; MEFANO IVS; CIDADE, ND. COVID-19 AS A GLOBAL DISASTER: Challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. *Ambient Amp Soc* [Internet]. 2020 [citado 15 maio 2023];23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200115vu202013id>

FREITAS, Carlos Machado; ROCHA, Vania. **Agentes locais em desastres naturais: defesa civil e saúde na redução de riscos: livro do aluno**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

FLYNN, Matthew B.; NETO, André Pereira; BARBOSA, Leticia Barbosa. Democracy (Still) on the Edge: An Analysis of Brazil's Political Response to the Covid-19 Crisis. **The duck of minerva blog**, 2020. Disponível em: <https://www.duckofminerva.com/2020/05/democracy-still-on-the-edge-an-analysis-of-brazils-political-response-to-the-covid-19-crisis.html>.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 4405-4415, 2019.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S21-3.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 44, spe4, p. 161-176, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e410>. Acesso em: 14 jun. 2023.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 895-901, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623>. Acesso em: 25 mar. 2024.

GRAEVER, L. Relatório de Gestão CAP 3.1. Prefeitura do Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6594964/4177981/RGCAP3.1.pdf>

GRANT, Aileen; BUGGE, Carol; WELLS, Mary. Designing process evaluations using case study to explore the context of complex interventions evaluated in trials. **Trials**, v. 21, n. 1,

27 nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04880-4>. Acesso em: 20 jun. 2023.

GODOY, AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev Adm Empr* [Internet]. 1995 [acesso 2015 Abr 27]; 35(3):20-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000300004&lng=en&tlng=pt

GRAZZIOTIN, Luciane Sgarbi; KLAUS, Viviane; PEREIRA, Ana Paula Marques. Pesquisa documental histórica e pesquisa bibliográfica: focos de estudo e percursos metodológicos. *Pro-Posições*, v. 33, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0141>. Acesso em: 15 fev. 2024.

HARZHEIM, Erno et al . Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 1, p. 2493-2497, jun. 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702493&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 16 out. 2020. Epub 05-Jun-2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>.

HERRANZ, Sergio *et al.* Studying social technologies and communities of volunteers in emergency management. **C&T '13: Proceedings of the 6th International Conference on Communities and Technologies**, p. 140-148, 2013.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL (ITS). Caderno tecnologia social – conhecimento e cidadania 2007. Disponível em: <<http://www.itsbrasil.org.br>>. Acesso em: 21 set. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. 72: Aspectos socioeconômicos da COVID-19: o que dizem os dados do Município do Rio de Janeiro?. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. 28 p.

JACOBI, Pedro Roberto; TRAVASSOS, Luciana Rodrigues Fagnoni Costa; MOMM, Sandra. Governança Metropolitana, Mudanças Climáticas, Riscos e Desastres. *Diálogos Socioambientais*, [S. l.], v. 3, n. 08, p. 8–10, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufabc.edu.br/index.php/dialogossocioambientais/article/view/338>.

JOHANSEN; Igor Cavallini; COSTA, Cláudia Silvana da; SOUSA, José Magalhães de. Os direitos sociais em situações de vulnerabilidade e condições extremas de presença (?) do agente público: o contexto de cooperação humanitária. In: CARMO, R.; VALENCIO, N. *Segurança humana no contexto dos desastres*. 2014

KAPP, S.; CARDOSO, A. L. “Marco teórico da Rede Finep de moradia e tecnologia social - Rede Morar T.S.” **Risco: Revista de pesquisa em arquitetura e urbanismo** 17: 94-120.2013

KOVRT, BA; CARRUTH, L. Syndemic effects in complex humanitarian emergencies: A framework for understanding political violence and improving multi-morbidity health outcomes. *Social Science & Medicine*. 2020. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113378.

KUNZLER, C. M. A teoria dos sistemas de Niklas Luhmann. **Estudos de Sociologia** (São Paulo), v. 16, p. 123-136, 2004.

KUSCHINIR, R; CHORNY, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc Saúde Colet.** 2010maio; 15(5):2307-2316.

KNEODLER, Thais da Silva et al. Tecnologias sociais para ações de gestão de risco em desastres: uma revisão de escopo. *Saúde em Debate*, v. 46, spe8, p. 187-200, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e814>. Acesso em: 24 abr. 2023.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo (Nova edição)**. Editora Companhia das letras, 2019.

LAVELL A (org.). La gestión local del riesgo: nociones y precisiones en torno al concepto y la práctica. Programa Regional para la Gestión del Riesgo en América Central. CEPREDENAC-PNUD; 2003.

LIMA, JG; GIOVANELLA, L; FAUSTO, MCR; BOUSQUAT, A; SILVA, EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate.** 2018;42(Esp 1):52-66.

LIMA, Edmilson; NELSON, Reed. Inovação e bricolagem sociais com intermediação após um desastre em Córrego d'Antas. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 3, p. 594-624, maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200123>. Acesso em: 20 jun. 2023.

LINDEMANN, Ivana Loraine *et al.* Percepção do medo de ser contaminado pelo novo coronavírus. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, n. 1, p. 3-11, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000306>. Acesso em: 14 jun. 2023.

LUHMANN, Niklas. (1992) "**Zur Einführung**", in Marcelo Neves, *Verfassung und Positivität des Rechts in der peripheren Moderne: Eine theoretische Betrachtung und eine Interpretation des Falls Brasilien* Berlin, Duncker und Humblot.

LUHMANN, Niklas. (1993), **Das Recht der Gesellschaft**. Frankfurt, Suhrkamp.

LUHMANN, Niklas (1995). *Soziologie ind der Mensch* 3 ed. Opladen, Leverkusen, Westdeutscher.

LUHMANN, Niklas. *Introducción a la Teoría de los Sistemas*. Universidade Iberoamericana, A. C, 1996.

MACIEL, ALS; FERNANDES, R M C. Tecnologias sociais: interface com as políticas públicas e o Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 105, p. 146-165, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100009&lng=en&nrm=iso>. acessado em 21 Out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100009>.

MAL, Suraj *et al.* Introducing Linkages Between Climate Change, Extreme Events, and Disaster Risk Reduction. *In: MAL, Suraj et al. Climate Change, Extreme Events and Disaster Risk Reduction Towards Sustainable Development Goals.* [S. l.]: Springer, 2018. p. 1-14.

MCGOWAN, Katharine *et al.* Decolonization, social innovation and rigidity in higher education. *Social Enterprise Journal*, v. 16, n. 3, p. 299-316, 29 maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/sej-10-2019-0074>. Acesso em: 14 jun. 2023.

MAJEED, A.; MAILE, E.J.; BINDMAN, A.B. The primary care response to COVID-19 in England's National Health Service. *J R Soc Med.* 2020 Jun;113(6):208-210. doi: 10.1177/0141076820931452.

MAUÉS, N.S. **Análise dos casos de tuberculose na área programática 3.1: uma contribuição para o cuidado da estratégia saúde da família, no município do RJ.** Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Dissertação 2018 p.74.

MEDRONHO, Roberto A. **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2005.

MELO, Eduardo Alves et al . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 7 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>.

MELO JUNIOR, Luiz Cláudio Moreira. A teoria dos sistemas sociais em Niklas Luhmann. **Soc. estado.**, Brasília , v. 28, n. 3, p. 715-719, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922013000300013&lng=en&nrm=iso>. acessado em 21 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922013000300013>.

MELLO, Langs de Arantes Ferreira de. **Avaliação das unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).** 2016. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>. Acesso em: 15 jun. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.25

MENDES, Eugênio Vilaça. O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); 2012.

MENDES, E V. **Desafios do SUS**. Brasília. CONASS. 2019.869 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social:teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.96 p

MOURA, S. R. S. **A política pública de saúde pública municipal no contexto da gestão de riscos de desastres naturais: o caso de Blumenau-SC**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia Ambiental (Dissertação de Mestrado). 2019.

MOURA, João Marcos Bosi Mendonça; MOURA, SHERELEE RIBEIRO SPINDOLA; VIEIRA, RAFAEL. Bases conceituais para uma política de saúde pública integrada à gestão de riscos de desastres naturais. IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. Blumenau- Santa Catarina. 2019

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. **IPEA**, 2016. Disponível:

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819

Access: April. 05. 2020.

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819

NARVÁEZ, L.; LAVELL, A.; ORTEGA, G. P. **La gestión del riesgo de desastres: un enfoque basado en procesos. Proyecto Apoyo a la Prevención de Desastres en la Comunidad Andina** — Predecán. 1. ed., Lima, 2009. 106 p

NEVES, Fabrtcio Monteiro; FILHO, Hélio Afonso de Aguiar. O acoplamento entre sociedade e economia: a teoria dos sistemas nas contribuições de Talcot arsons e Niklas Luhmann. Século XXI - Revista de Ciências Sociais, Santa Maria, v. u, n. 1, p. 138-167, jan./jun. u01u. Dispontvel em: .. Acesso em: u3 nov. u017. doi: <http://dx.doi.org/10.500u/uu3667u56387>.

OPAS/OMS. Comunicação de risco e engajamento comunitário (CREC) Prontidão e resposta ao novo coronavírus de 2019 (2019-nCoV). 2020. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=comunicacao-de-risco-e-engajamentocomunitario-crec-prontidao-e-resposta-ao-novo-coronavirus-de-2019-2019-ncov&Itemid=965.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Sustainable health agenda for the Americas 2018-2030: a call to action for health and well-being in the region**.

Washington: PAHO; 2017. Disponível em:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49170/CSP296-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acessado em maio de 2020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan- -Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC: OPAS; 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). La salud pública en las américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño, bases para la acción. Washington: OPS; 2002. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42858/9275315892_spa.pdf?sequence=1&iAllowed=y. Acessado em agosto de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Plano de ação para redução do risco de desastres 2016-2021: CD55/17, Rev. 1. Washington DC: OPAS/OMS; 2016 [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-17-p.pdf>

PAIM, J. S. O que é o SUS. Temas em debate. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2009.

PAIM, G. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

Parker RB. Free speech and the social technologies of democracy, scientific inquiry and the free market. [Acesso em 2022 fev 16]. Disponível em: <https://richardbarronparker.com/free-speech-and-the-social-technologies-of-democracy-scientific-inquiry-and-the-free-market-2010/>

PASSUELLO, A.; BRITO, M. M. ; GIAZZON, E. M. A. ; FORESTI, A. ; PAULETTI, Cristiane ; FAVERO, E. ; BRESOLIN, J. ; SILVA FILHO, L. C. P. . **Tecnologia social como ferramenta para a redução de vulnerabilidade a riscos socioambientais**. In: Victor Marchezini; Ben Wisner; Luciana R. Londe; Silvia M. Saito. (Org.). REDUCTION OF VULNERABILITY TO DISASTERS: FROM KNOWLEDGE TO ACTION. 1ed.: , 2017, v. 1, p. 27-.

PEDROSA S. **Notas sobre Cristianismo Evangélico, Sociabilidade Violenta e Periferia Urbana do Rio de Janeiro**. *Aisthesis*. 2021;(70):475-491.

PEIXOTO, Geovani de Mori. Pluralismo político e liberdade de expressão: a concretização da democracia substancial pela salvaguarda dos direitos fundamentais. revista UNIFACS, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/viewFile/5947/3718>. Acesso em: 3 abr. 2024.

PESSINI, Leo; RICCI, Luiz Antônio Lopes. O que entender por Mistanásia? In: GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana (Coord.). Tratado Brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna. São Paulo: Almedina, 2017.

PRANATA R, LIM MA, HUANG I, RAHARJO, SB, LUKITO A. Hypertension is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. **Journal of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System**. 2020;21(2):1470320320926899

PREFEITURA DO RIO DE JANEIROa. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria Especial de Atenção Primária à Saúde. **Orientações sobre a prevenção e manejo da covid - 19 e**

organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. Versão 27 de abril de 2020. Acesso em 24/07/2020.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro.** Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses. Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador 2017. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a>> Acesso em 09/11/2020.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2013 - 2016, 2013. Disponível em: <http://www.conselhodacidade.com/v3/pdf/planejamento_estrategico_13-16.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Instituto Pereira Passos. Data Rio [Internet]. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2020b [citado 2020 abr 24]. Disponível em: <http://www.data.rio/search?groupIds=0f4009068ec74e17b25eb3e70891b95f&sort=-modified>

PIERRO, Bruno De; JACOBI, Pedro Roberto. Crise Ambiental e Pandemia: Descaminhos no Brasil e Rumos para uma Nova Governança. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, v. 10, n. 2, p. 09-25, 31 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21664/2238-8869.2021v10i2.p09-25>. Acesso em: 21 abr. 2024.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 2012

RIBEIRO, Pedro Henrique. Luhmann "fora do lugar"?: como a "condição periférica" da América Latina impulsionou deslocamentos na teoria dos sistemas. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 28, n. 83, p. 105-123, out. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092013000300007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092013000300007>.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Orientações sobre a prevenção e manejo da COVID-19 e organização dos serviços de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. Agência Nacional de Vigilância Sanitária em função da Pandemia do coronavírus - COVID-19. Rio de Janeiro: [s. n.], 2020. 48 p. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/3e094d06-3be6-42d2-9995-e3c6a17384ff>.

RISI, L.R., *et al.* Desenvolvimento de máscaras de tecido e celulose para resposta emergencial à pandemia provocada pelo SARS-CoV-2. *Rev. enferm. UERJ* [online], 2020, vol. 28, e51476. ISSN: 0104-3552 [viewed 28 July 2021]. <http://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51476>. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerej/article/view/51476>

RODRIGUES KLP, TEIXEIRA MLM. Reconversão produtiva no contexto da COVID-19: uma análise dos impactos em campo de pesquisa de pós-graduação. *Rev. Tecn. Soc.* 2020 [acesso em 2022 fev 16]; 16(44):118. Disponível em: <https://doi.org/10.3895/rts.v16n44.12379>

ROSA, W A G; LAMBATE, R C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dec. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>.

SANTANA, VL; RAHAL, LS. Tecnologias sociais como impulso para o acesso à água e o desenvolvimento sustentável no meio rural brasileiro: a experiência do Programa Cisterna. Investimentos transformadores para um estilo de desenvolvimento sustentável: Estudos de casos de grande impulso (Big Push) para a sustentabilidade no Brasil. 2020

SAPSN [Southern African People's Solidarity Network]. COVID-19 pandemic: statement by the southern African People's Solidarity Network, 2020. [Online]. Disponível em <https://www.cadtm.org/COVID-19-pandemic-Statement-by-the-Southern-African-People-s-Solidarity-Network>

SANTOS, R.L. *et al.* Mistanásia hoje: pensando as desigualdades sociais e a pandemia COVID-19. Observatório da COVID-19: informação para ação. [s.l], 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/mistanasia-hoje-pensando-desigualdades-sociais-e-pandemia-covid-19>. Acesso em: 04 nov 2020.

SANTOS JV, FACHIN P. Como se dará a evolução de Covid-19 na população que vive em condições precárias? Entrevista especial com Guilherme Werneck. **IHU On-Line** [Internet] 2020 [acessado em 8 abr. 2020]. Disponível em: Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597542-como-se-dara-a-evolucao-de-covid-19-na-populacao-que-vive-em-condicoes-precarias-entrevista-especial-com-guilherme-werneck-2>

SAKELLARIOU, D; POLLARD, N. Three sites of conflict and cooperation: class, gender and sexuality. In N. Pollard, D. Sakellariou & F. A. Kronenberg (Eds.), *A political practice of occupational therapy*. 2009 (pp. 69-89). Edinburgh: Elsevier

SILVA RS, MOURÃO LC, ALAMEIDA AC, DAHER DV, SANTO KM, BRAZOLINOLD. Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado 12 abr 2023];36(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00139519>

SARTI, TD; LAZARINI WS, FONTENELLE, LF, ALMEIDA, APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? **Epidemiol Serv Saude**. 2020;29(2):e2020166. English, Portuguese. doi: 10.5123/s1679-49742020000200024. Epub 2020 Apr 27. PMID: 32348404.

SECRETARIA NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (SEDEC); CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENGENHARIA E DEFESA CIVIL (CEPED UFSC). Glossário liberação de recursos para ações de resposta. Florianópolis: UFSC, 2022. E-book (10 p.). Disponível em:

https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/7729/1/S2ID_F_M2_Glossario_Liberação_de_Recursos_para_Acoes_de_Resposta.pdf.

SERVO, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate*, v. 44, spe4, p. 114-129, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e407>. Acesso em: 22 abr. 2024.

SILVA, Renato França da *et al.* A redução de risco de desastres, a agenda dos Objetivos Sustentáveis e os princípios do SUS, no contexto da pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 6, p. 1777-1788, jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.11272022>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SILVA, Tamires Carolina *et al.* Tecnosocialidade no cotidiano de profissionais da saúde e interação com usuários na pandemia de covid-19. *Escola Anna Nery*, v. 26, spe, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2022-0123pt>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SILVA, Beatriz Zocal da. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300308>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SILVA, Gabriela Martins *et al.* COVID-19 vaccination challenges: from fake news to vaccine hesitancy. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 3, p. 739-748, mar. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.09862022en>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SINGER, Merrill. *Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health*. Nova York: Jossey-Bass; 2009.

SORANZ, D. Reformas de sistemas de saúde informadas em evidências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1994-1995, June 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000601994&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 22 Oct. 2020. Epub June 27, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07222019>.

SOUZA, Diego de Oliveira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, p. e300313, 2020.

SCHULER, Doug. Social computing. **Communications of the ACM**, v. 37, n. 1, p. 28-29, 2 jan. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1145/175222.175223>. Acesso em: 20 jun. 2023.

STARFIELD, B. **Primary Care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

TOLEDO, L.A.; SHIAISHI, G. F. Estudo de caso em pesquisas exploratórias qualitativas: um ensaio para a proposta de protocolo de estudo de caso. **Rev FAE**, Curitiba. v.12, n.1, p.103-119, jan./jun 2009

TRICCO, Andrea C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467, 4 set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>. Acesso em: 20 jun. 2023.

UNIVERSIDADE JOHN HOPKINS. **Coronavirus COVID-19 Global Cases by Johns Hopkins CSSE** [Internet]. Johns Hopkins University; 2020 [acessado em 9 mai. 2020]. Disponível em: Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

VEIGA, JOSÉ ELI DA. Saúde e sustentabilidade. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 303-310, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.018>. Acesso em: 14 jun. 2023.

VELLOSO, Marta Pimenta; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisbôa. A imagem na pesquisa qualitativa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 245-252, jan. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000100025>. Acesso em: 14 jun. 2023.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, dez. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73311998000200002>. Acesso em: 20 jun. 2023.

VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes et al. 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, fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.29922020>. Acesso em: 20 jun. 2023.

WANG, C; BURRIS, MA. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. **Health Educational Behavior**, v.24, n.3, p.369-387, 1997.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2018.

ZAROCOSTAS, John. How to fight an infodemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 676, fev. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30461-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30461-x). Acesso em: 20 jun. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Período: de ____/____/____ à ____/____/____.

Unidade

básica: _____.

O que será observado:

- a) Como é a dinâmica estabelecida pelos profissionais da UBS para cada setor e cada função no dia-a-dia.
- b) Como os profissionais da equipe técnica agem durante o atendimento dos indivíduos e famílias com síndrome gripal.
- c) Como são realizados os teleatendimentos telemonitoramento, e as dificuldades na realização desse tipo de atendimento.
- d) As vulnerabilidades estruturais, funcionais e não estruturais da UBS.
- e) Sobre a reorganização acerca de fluxos e processo de trabalho durante a pandemia de COVID-19.
- f) Se há alguma tecnologia social implementada na UBS para a comunidade ou para o próprio estabelecimento.

**APÊNDICE B – CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ANÁLISE
DOCUMENTAL**

1. Documento é oficial (elaborado por órgãos governamentais como Ministério da Saúde, Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde)? Sim Não
2. O documento tem como tema principal a pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19)? Sim Não
3. O documento orienta e norteia ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (principalmente voltado às Unidades Básicas de Saúde)? Sim Não
4. O documento está em domínio público (sites de órgãos oficiais de saúde)? Sim Não

1.4.1 Qual link de acesso?

APÊNDICE C -ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA MÉDICOS E ENFERMEIROS

ROTEIRO ENTREVISTA MÉDICOS E ENFERMEIROS

1ª parte - Dados gerais:

1. Idade: _____anos

2. Naturalidade: _____.

3. Raça/Etnia:

Amarela Branca Parda Preta Indígena Não sei informar

4. Gênero:

Mulher

Homem

Mulher

Homem

Cisgênero

Cisgênero

Transgênero

Transgênero

Não-

Prefiro não

Não sei responder

binário

Travesti

informar

5. Qual a unidade básica de saúde em que você trabalha?

R: _____

6. Trabalhou em outra UBS durante a pandemia?

Sim Não Se sim,

qual? _____

7. Qual sua profissão?

Enfermeiro Médico

8. Está há quanto tempo na função?

R: _____

9. Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária?

R: _____

10. Tem especialização na área (saúde pública, estratégia de saúde da família, ou afins)?

Sim Não Se sim,

qual? _____

2ª parte - Blocos temáticos:

Bloco I - Vulnerabilidades

Sobre vulnerabilidades, temos que considerar um conceito multifacetado e complexo, principalmente no que se refere aos desastres. Para cada vulnerabilidade há um perigo ou um problema, podendo ser entendido neste âmbito como o desastre em si. E tal vulnerabilidade tem em seu bojo a capacidade local de resposta. Logo, para essa pesquisa optei pelos seguintes tipos de vulnerabilidade: estrutural, não estrutural, funcional, ambiental, social e relacionado à saúde. Para explicar de maneira simplificada cada uma destas: a estrutural se refere as partes do edifício hospitalar e o mantém em pé como fundações, colunas, vigas e lajes; a não estrutural está relacionada as partes do edifício que estão ligadas ao estrutural como janelas, tetos e paredes, calefação ar condicionado, parte elétrica e equipamentos médicos entre outros; a funcional que está relacionada as divisões dos setores, os serviços clínicos, os

processos administrativos e a interdependência dos setores; a ambiental que compreende a poluição, contaminação, sistemas instáveis; a social, compreendendo a insegurança, pobreza e exclusão; e no tocante a saúde que perpassa aos fatores de risco do indivíduo e o ambiente de risco em que o mesmo vive.

1. Em relação às vulnerabilidades, diga o quanto a comunidade é vulnerável a um desastre de tipologia biológica (como a COVID-19) pensando na perspectiva destas vulnerabilidades apontadas anteriormente?
2. Na sua opinião qual a capacidade de resposta a UBS em que você atua tem para cada uma desses tipos de vulnerabilidades?
3. Ainda sobre vulnerabilidades, como que a comunidade responde a essas vulnerabilidades (exceto as estruturais, não estruturais e funcionais)?

Bloco II - Reorganização da APS (Gestão de risco: preparação e resposta)

4. Você acha que a resposta emergencial à pandemia deu mais ênfase à assistência hospitalar que a APS? Justifique.
5. Como se deu a reorganização da UBS em que você atua em relação aos fluxos?
 - 5.1 E a reorganização das linhas de cuidado?
 - 5.2 A reorganização das dinâmicas de atendimento e demandas?
 - 5.3 A reorganização dos materiais e insumos?
6. Sobre essa reorganização da UBS, o que foi possível ser feito e o que não foi? Em relação ao que não foi possível, explique o porquê?
7. Qual sua percepção sobre a preparação de sua unidade para enfrentamento de futuros surtos, epidemias e pandemias?

Bloco III - Gestão de risco de desastres (comunicação de risco, pós-desastre, lições aprendidas)

Sobre a comunicação de risco: De acordo com a OMS é imprescindível realizar durante as Emergências em Saúde Pública, como no caso dos desastres, a comunicação de risco. Este tipo de comunicação é a parte integrante de qualquer resposta a esse evento, e nada mais é do que a troca de informações, aconselhamentos e pareceres técnicos entre peritos, líderes comunitários e pessoas que se encontram em risco. Este alerta deve levar em conta o tempo real, as línguas, além de canais que as pessoas possam entender, confiar e principalmente deve ser eficaz. (OMS, 2018).

8. Como você analisa as estratégias de comunicação de risco do setor saúde (seja SMS, SES e MS) junto às comunidades no combate à pandemia?
9. Como se deu a comunicação de risco da UBS junto à população adscrita nesse contexto pandêmico?
10. Em função da pandemia, foi desenvolvida alguma medida para redução de danos e riscos pela UBS para a comunidade? (Sim ou Não). Se sim, quais e como se deu esse processo?

11. Quais foram as lições aprendidas de todo esse processo de preparação e resposta em emergências em saúde pública?

Bloco IV - Tecnologias sociais

Considera-se tecnologia social todo produto, método, processo ou técnica criada para solucionar algum tipo de problema social, atendendo quesitos de simplicidade, baixo custo, fácil aplicabilidade (e reapplicabilidade) e impacto social comprovado (SEIDL; CABRAL, 2004).

13. Houve alguma tecnologia social construída e implementada pelos profissionais ou comunidade para resolução de algum problema relacionado à saúde durante a pandemia de COVID-19? Detalhe (Como foi? quem fez? Por quanto tempo? Quando foi implementado? A abrangência? Público alvo? Teve apoio externo como para recursos materiais? Onde foi desenvolvido? Quem ou quais foram os responsáveis? Tem imagens fotográficas que foram publicadas? Há algum registro escrito que relate? Houve algum desafio para implementá-las?).

14. Quais são as suas percepções sobre a necessidade de desenvolvimento de tecnologias sociais voltadas ao enfrentamento de situações de emergência em saúde pública como a pandemia de COVID-19?

APÊNDICE D – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA GERENTES

ROTEIRO ENTREVISTA PARA GERENTES

1ª parte - Dados gerais:

1. Idade: _____anos

2. Naturalidade: _____.

3. Raça/Etnia:

Amarela Branca Parda Preta Indígena Não sei informar

4. Gênero:

Mulher

Homem

Mulher

Homem

Cisgênero

Cisgênero

Transgênero

Transgênero

Não-

Prefiro não

Não sei responder

binário

Travesti

informar

5. Qual a unidade básica de saúde em que você trabalha?

R: _____

6. Trabalhou em outra UBS durante a pandemia?

Sim Não Se sim,

qual? _____

7. Qual sua profissão?

Enfermeiro Médico

8. Está há quanto tempo na função?

R: _____

9. Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária?

R: _____

10. Tem especialização na área (saúde pública, estratégia de saúde da família, ou afins)?

Sim Não Se sim,

qual? _____

2ª parte - Blocos temáticos:

Bloco I - Vulnerabilidades

Sobre vulnerabilidades, temos que considerar um conceito multifacetado e complexo, principalmente no que se refere aos desastres. Para cada vulnerabilidade há um perigo ou um problema, podendo ser entendido neste âmbito como o desastre em si. E tal vulnerabilidade tem em seu bojo a capacidade local de resposta. Logo, para essa pesquisa optei pelos seguintes tipos de vulnerabilidade: estrutural, não estrutural, funcional, ambiental, social e relacionado à saúde. Para explicar de maneira simplificada cada uma destas: a estrutural se refere as partes do edifício hospitalar e o mantém em pé como fundações, colunas, vigas e lajes; a não estrutural está relacionada as partes do edifício que estão ligadas ao estrutural como janelas, tetos e paredes, calefação ar condicionado, parte elétrica e equipamentos médicos entre outros; a funcional que está relacionada as divisões dos setores, os serviços clínicos, os

processos administrativos e a interdependência dos setores; a ambiental que compreende a poluição, contaminação, sistemas instáveis; a social, compreendendo a insegurança, pobreza e exclusão; e no tocante a saúde que perpassa aos fatores de risco do indivíduo e o ambiente de risco em que o mesmo vive.

1. Em relação às vulnerabilidades, diga o quanto a comunidade é vulnerável a um desastre de tipologia biológica (como a COVID-19) pensando na perspectiva destas vulnerabilidades apontadas anteriormente?
2. Na sua opinião qual a capacidade de resposta a UBS em que você atua tem para cada uma desses tipos de vulnerabilidades?
3. Ainda sobre vulnerabilidades, como que a comunidade responde a essas vulnerabilidades (exceto as estruturais, não estruturais e funcionais)?

Bloco II - Reorganização da APS (Gestão de risco: preparação e resposta)

4. Você acha que a resposta emergencial à pandemia deu mais ênfase à assistência hospitalar que a APS? Justifique.
5. Como se deu a reorganização da UBS em que você atua em relação aos fluxos?
 - 5.1 E a reorganização das linhas de cuidado?
 - 5.2 A reorganização das dinâmicas de atendimento e demandas?
 - 5.3 A reorganização dos materiais e insumos?
6. Sobre essa reorganização da UBS, o que foi possível ser feito e o que não foi? Em relação ao que não foi possível, explique o porquê?
7. Qual sua percepção sobre a preparação de sua unidade para enfrentamento de futuros surtos, epidemias e pandemias?

Bloco III - Gestão de risco de desastres (comunicação de risco, pós-desastre, lições aprendidas)

Sobre a comunicação de risco: De acordo com a OMS é imprescindível realizar durante as Emergências em Saúde Pública, como no caso dos desastres, a comunicação de risco. Este tipo de comunicação é a parte integrante de qualquer resposta a esse evento, e nada mais é do que a troca de informações, aconselhamentos e pareceres técnicos entre peritos, líderes comunitários e pessoas que se encontram em risco. Este alerta deve levar em conta o tempo real, as línguas, além de canais que as pessoas possam entender, confiar e principalmente deve ser eficaz. (OMS, 2018).

8. Como você analisa as estratégias de comunicação de risco do setor saúde (seja SMS, SES e MS) junto às comunidades no combate à pandemia?
9. Como se deu a comunicação de risco da UBS junto à população adscrita nesse contexto pandêmico?
10. Em função da pandemia, foi desenvolvida alguma medida para redução de danos e riscos pela UBS para a comunidade? (Sim ou Não). Se sim, quais e como se deu esse processo?

11. Quais foram as lições aprendidas de todo esse processo de preparação e resposta em emergências em saúde pública?

Bloco IV - Tecnologias sociais

Sobre o conceito de Tecnologias sociais: Compreende em um conjunto de técnicas, produtos ou metodologias desenvolvidas e/ou aplicadas na interação da população e apropriada por esta. Visando essencialmente na resolução de problemas, em tendo como fim a transformação social (ITS, 2007).

12. Houve alguma tecnologia social construída e implementada pelos profissionais ou comunidade para resolução de algum problema relacionado à saúde durante a pandemia de COVID-19? Detalhe (Como foi? quem fez? Por quanto tempo? Quando foi implementado? A abrangência? Público alvo? Teve apoio externo como para recursos materiais? Onde foi desenvolvido? Quem ou quais foram os responsáveis? Tem imagens fotográficas que foram publicadas? Há algum registro escrito que relate?).

13. Quais são as suas percepções sobre a necessidade de desenvolvimento de tecnologias sociais voltadas ao enfrentamento de situações de emergência em saúde pública como a pandemia de COVID-19?

Bloco V - Gerência da UBS

14. Quais os maiores desafios da gerência durante a pandemia?

15. O que mudou ou foi adaptado: No tocante ao planejamento em saúde?

15.1- Na organização do processo de trabalho?

15.2 – Na coordenação do cuidado?

15.3 – Nas ações no território?

15.4 – Na integração com outros serviços da RAS?

15.5 – Na dinâmica de pessoal/recursos humanos?

15.6 - Sobre a vigilância em saúde?

16. Houve alguma alteração estrutural e processual da UBS para garantir a implementação dos fluxos definidos nos documentos oficiais da SMS-RJ?

APÊNDICE E – ROTEIRO *PHOTOVOICE*

I. Questões para nortear ACS e líder comunitário na realização das fotos (esta etapa será na primeira reunião com os ACS e líderes comunitários, após o aceite da participação no mesmo momento. Logo será presencial):

1. Quais problemas de acesso à assistência à saúde que a comunidade enfrentou durante a pandemia?

2. Quais medidas foram desenvolvidas pela própria comunidade e/ou pela sua unidade de saúde para proteger a saúde das pessoas e famílias mais vulneráveis durante a pandemia?

II. Etapas que nortearão a discussão (este será o segundo momento presencial, na reunião final para discussão das fotos):

1. Iniciando grupo com: apresentação de cada membro do grupo; esclarecendo como se dará a discussão do grupo; esclarecendo a pesquisa, abordando objetivos e aspectos éticos; testar gravadores de áudio.

2. Debatendo sobre as fotografias: apresentação aleatória das fotos e discussão; perguntas do acrônimo SHOWED; sintetizando as fotos e resoluções das questões SHOWED para cada foto selecionada.

3. Agradecimentos e esclarecimentos.

APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLC VERSÃO PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Resolução nº 580/2018 – Conselho Nacional de Saúde

Prezado participante, você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Tecnologias sociais na atenção primária à saúde voltadas à gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19” que tem como objetivos: Analisar o desenvolvimento de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde em unidades básicas do município do Rio de Janeiro, com enfoque na gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19; identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da epidemia de COVID-19; descrever os processos de reorganização da atenção primária à saúde e desenvolvimento de tecnologias sociais para reposta emergencial à pandemia de COVID-19.

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 6 meses, com o término previsto para abril de 2022. A pesquisa deverá durar 3 (três) anos, com término previsto para junho de 2023.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória e compreenderá em participar de uma entrevista construída através de um roteiro para esta pesquisa. Você não terá custos ou qualquer compensação financeira ao participar do estudo. Além disso, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento a qualquer momento; tanto desistência ou recusa, não gerará prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais deste estudo estão vinculados ao risco de ordem emocional, ou de constrangimento no decurso da realização de entrevista. Assim, a pesquisadora se compromete a zelar pelo bem-estar e integridade dos participantes, respeitando valores sociais, religiosos, culturais e éticos, da mesma forma que com costumes e hábitos dos mesmos. A fim de evitar a possibilidade de danos, será estabelecido um vínculo de confiança entre a pesquisadora e participantes. Contudo, se ainda assim o participante externar durante a realização da entrevista algum desconforto, a mesma será suspensa, mas podendo ser retomada em outro momento, caso o participante permita.

O benefício relacionado a participação no estudo será de através dos dados obtidos pela pesquisadora, haverá a elaboração de tecnologias sociais voltadas a gestão de risco de desastres de tipologia biológica para tornar as unidades básicas de saúde mais resilientes frente a esses eventos danosos.

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e

responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Thais da Silva Kneodler
Pesquisadora responsável
E-mail:kneodlerthais@gmail.com Cel: (21)96672-2058

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ
Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova – RJ
Tel: (21) 2293 8048 e 2293 8899. – E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde - RJ
Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ
CEP: 20031-040
Telefone: 2215-1485
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202 .

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO VERSÃO ACS E LÍDERES COMUNITÁRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Resolução nº 580/2018 – Conselho Nacional de Saúde

Prezado participante, você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Tecnologias sociais na atenção primária à saúde voltadas à gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19” que tem como objetivos: Analisar o desenvolvimento de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde em unidades básicas do município do Rio de Janeiro, com enfoque na gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19; identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da epidemia de COVID-19; descrever os processos de reorganização da atenção primária à saúde e desenvolvimento de tecnologias sociais para resposta emergencial à pandemia de COVID-19.

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 6 meses, com o término previsto para abril de 2022. A pesquisa deverá durar 3 (três) anos, com término previsto para junho de 2023.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória e compreenderá em participar da técnica do Photovoice/Photovoz, construída para esta pesquisa, que consiste em que o participante captura através da fotografia sua realidade cotidiana, tendo perguntas norteadoras para realização da foto e posteriormente a discussão das mesmas em conjunto com os demais participantes e a pesquisadora. Você não terá custos ou qualquer compensação financeira ao participar do estudo. Além disso, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento a qualquer momento; tanto desistência ou recusa, não gerará prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais deste estudo estão vinculados ao risco de ordem emocional, ou de constrangimento no decurso da realização do Photovoice. Assim, a pesquisadora se compromete a zelar pelo bem-estar e integridade dos participantes, respeitando valores sociais, religiosos, culturais e éticos, da mesma forma que com costumes e hábitos dos mesmos. A fim de evitar a possibilidade de danos, será estabelecido um vínculo de confiança entre a pesquisadora e participantes. Contudo, se ainda assim o participante externar durante a realização das etapas do Photovoice algum desconforto, a mesma será suspensa, mas podendo ser retomada em outro momento, caso o participante permita.

O benefício relacionado a participação no estudo será de através dos dados obtidos pela pesquisadora, haverá a elaboração de tecnologias sociais voltadas a gestão de risco de desastres de tipologia biológica para tornar as unidades básicas de saúde mais resilientes frente a esses eventos danosos.

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e

responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Thais da Silva Kneodler
Pesquisadora responsável
E-mail:kneodlerthais@gmail.com Cel: (21)96672-2058

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ
Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova –
RJ
Tel: (21) 2293 8048 e 2293 8899. – E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde - RJ
Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ
CEP: 20031-040
Telefone: 2215-1485
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202 .

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VERSÃO PARA GERENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Resolução nº 580/2018 – Conselho Nacional de Saúde

Prezado participante, você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Tecnologias sociais na atenção primária à saúde voltadas à gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19” que tem como objetivos: Analisar o desenvolvimento de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde em unidades básicas do município do Rio de Janeiro, com enfoque na gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19; identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da epidemia de COVID-19; descrever os processos de reorganização da atenção primária à saúde e desenvolvimento de tecnologias sociais para reposta emergencial à pandemia de COVID-19.

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 6 meses, com o término previsto para abril de 2022. A pesquisa deverá durar 3 (três) anos, com término previsto para junho de 2023.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória e compreenderá em participar de uma entrevista através de um roteiro construído para esta pesquisa. Você não terá custos ou qualquer compensação financeira ao participar do estudo. Além disso, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento a qualquer momento; tanto desistência ou recusa, não gerará prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais deste estudo estão vinculados ao risco de ordem emocional, ou de constrangimento no decurso da realização da entrevista. Assim, a pesquisadora se compromete a zelar pelo bem-estar e integridade dos participantes, respeitando valores sociais, religiosos, culturais e éticos, da mesma forma que com costumes e hábitos dos mesmos. A fim de evitar a possibilidade de danos, será estabelecido um vínculo de confiança entre a pesquisadora e participantes. Contudo, se ainda assim o participante externar durante a entrevista algum desconforto, a mesma será suspensa, mas podendo ser retomada em outro momento, caso o participante permita.

O benefício relacionado a participação no estudo será de através dos dados obtidos pela pesquisadora, haverá a elaboração de tecnologias sociais voltadas a gestão de risco de desastres de tipologia biológica para tornar as unidades básicas de saúde mais resilientes frente a esses eventos danosos.

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador

responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Thais da Silva Kneodler
Pesquisadora responsável
E-mail:kneodlerthais@gmail.com Cel: (21)96672-2058

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ
Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade
Nova – RJ
Tel: (21) 2293 8048 e 2293 8899. – E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde - RJ
Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ
CEP: 20031-040
Telefone: 2215-1485
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202 .

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

APÊNDICE I – TERMO DE RECUSA DE CESSÃO DE CÂMERA FOTOGRÁFICA DIGITAL

TERMO DE RECUSA DE CESSÃO DE CÂMERA FOTOGRÁFICA DIGITAL

Eu, _____, recuso o recebimento e a utilizar os aparelhos fotográficos digital fornecidos para esta pesquisa para a utilização na técnica do Photovoice ou Photovoice, na qualidade de participante no projeto de pesquisa intitulado *Tecnologias sociais na atenção primária à saúde voltadas à gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19*, sob responsabilidade da estudante de pós-graduação *Thais da Silva Kneodler vinculado(a) ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do rio de Janeiro*, sob orientação do prof. Dr. Alexandre Barbosa de Oliveira.

Declaro e reitero que as fotografias a serem realizadas por mim por meio do meu aparelho de celular e enviado à pesquisadora por meio do aplicativo *Whatsapp* ou via correio eletrônico. Tais fotografias podem ser utilizadas apenas *para análise por parte da pesquisadora para construção da tese de doutorado, assim como para apresentações em eventos científicos, em artigos científicos e atividades educacionais. Serão assegurados os direitos da confidencialidade, da privacidade, da proteção da imagem e da não estigmatização dos participantes da pesquisa*

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução n° 466/2012. Frente a isto, tenho ciência da reponsabilidade da guarda e demais procedimentos de segurança em relação a esses dados (voz e imagem) pela pesquisadora responsável.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE J – TERMO PARA USO DE IMAGEM E VOZ PARA FINS DE PESQUISA

TERMO PARA USO DE IMAGEM E VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante no projeto de pesquisa intitulado *Tecnologias sociais na atenção primária à saúde voltadas à gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19*, sob responsabilidade da estudante de pós-graduação *Thais da Silva Kneodler vinculado(a) ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do rio de Janeiro*, sob orientação do prof. Dr. Alexandre Barbosa de Oliveira.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas *para análise por parte da pesquisadora para construção da tese de doutorado, assim como para apresentações em eventos científicos, em artigos científicos e atividades educacionais*. Serão assegurados os direitos da confidencialidade, da privacidade, da proteção da imagem e da não estigmatização dos participantes da pesquisa

Logo, aceito realizar fotografias do meu ambiente de trabalho, para depois entregá-las à pesquisadora, assim como o uso da gravação da minha voz durante a discussão das fotos feitas por mim visando apenas análise para pesquisa. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução n° 466/2012. Frente a isto, tenho ciência da reponsabilidade da guarda e demais procedimentos de segurança em relação a esses dados (voz e imagem) pela pesquisadora responsável.

Declaro que autorizo espontaneamente o uso para fins de pesquisa, nos termos supracitados, da minha voz e das fotografias produzidas por mim.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE K – DADOS EXTRAÍDOS OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Período: de 10/11/2021 à 16/12/2021.

Unidade básica: UBS A.

O que será observado:

a) Como é a dinâmica estabelecida pelos profissionais da UBS para cada setor e cada função no dia-a-dia.

As dinâmicas são pactuadas através de reuniões de equipe e da unidade (de módulo). Entretanto, como a unidade tem uma rotatividade de profissionais médicos, e por ter uma estrutura com poucas salas para a realização dos processos de trabalho, há novos acordos pela equipe técnica e gerente caso haja necessidade. Um exemplo ocorreu com a grande demanda de síndrome gripal na semana do dia 22/11/21 ao 26/11/21, o que demandou da equipe de resposta rápida e realização de testes rápidos de covid-19. Contudo, posteriormente foi apontado o surto de influenza e com isso o restabelecimento de fluxos (técnico de enfermagem acolhendo e o retorno da triagem pelo enfermeiro).

b) Como os profissionais da equipe técnica agem durante o atendimento dos indivíduos e famílias com síndrome gripal.

No início da pandemia (a partir de março de 2020 até o início de 2021) os indivíduos e famílias que chegavam a UBS com síndrome gripal eram direcionados para atendimento pela equipe de resposta rápida (ERR), entrando pela lateral do posto de saúde do UBS A (onde a área não é aberta mas há uma área arejada pelo ter uma parede “vazada”). Contudo, até meados de 2020, só havia um médico na UBS e que não podia atender diretamente esses casos por ter comorbidades. Apenas no período de março/2020 à junho/2020 se teve no máximo dois médicos por aproximadamente 1 mês. Com isso e com a saída de todos os técnicos de enfermagem em fevereiro de 2020 devido mudança na empresa que gerenciava a AP 3.1, e a

demora na lotação dos técnicos de enfermagem a ERR era composta apenas pelo enfermeiro que realizava simultaneamente a anamnese, verificação de sinais vitais, notificação e lançamento dos casos em planilha para tele monitoramento da equipe. Com a lotação de profissionais médicos e de enfermagem a dinâmica desses atendimentos mudou, tendo o técnico a verificação dos sinais vitais, o enfermeiro por vezes realizando a triagem de casos e o atendimento médico com solicitação dos testes rápidos (final de 2020 até 2021). Essa dinâmica mudava de acordo com os surtos de influenza e do crescimento dos casos de covid-19 devido a variante omicrôn, que possibilitou a testagem em massa.

c) Como são realizados os teleatendimentos tele monitoramento, e as dificuldades na realização desse tipo de atendimento.

No início da pandemia não eram realizados os teleatendimentos diretamente com os pacientes. Mas pela escassez de médicos e técnicos de enfermagem até o fim de abril, era realizado o teleatendimento do único médico da unidade à época com o profissional que ficava só na ERR. Isto ocorreu devido a demissão pela mudança de gestão para Rio saúde e dificuldade de readmissão desses profissionais, e também devido ao único médico aquela época estar no grupo de comorbidades e não poder integrar presencialmente a ERR.

d) As vulnerabilidades estruturais, funcionais e não estruturais da UBS.

- Estruturais: Não foi observado vulnerabilidades estruturais
- Funcionais: A UBS tem problemas de infraestrutura, na qual a sala de procedimento não é mais utilizada há mais de 1 ano devido à queda do gesso do teto por consequência de infiltração. A UBS é localizada abaixo da associação de moradores. De acordo com alguns profissionais houve um curto no relógio que fica na parede externa da unidade, o que impossibilitou o serviço e teve risco de incêndio (no ano de 2020). As salas tem apenas 1 janela (basculante) e algumas o ar condicionado não funciona, apenas uma das salas tem banheiro para o uso dos pacientes.

- Não estruturais: Como a unidade é pequena há necessidade de escala de profissionais por sala. Da mesma maneira, a sala dos agentes comunitários não comporta todos e há 1 CPU por equipe.

e) Sobre a reorganização acerca de fluxos e processo de trabalho durante a pandemia de COVID-19.

No início da pandemia houve redução da dinâmica devido afastamento de profissionais (ACS, enfermeiros) com algum tipo de comorbidade. As consultas agendadas (demanda programada) em sua maioria foram suspensas, mantendo apenas pré-natal e puericultura até o 6º mês de maneira contínua (com foco no acolhimento mãe-bebê). Na UBSA a agenda é programada por linhas de cuidado, não há acesso avançado. Vale pontuar que a UBS a entrou em reforma em meados de dezembro 2021 e reinaugurada no dia 21/03/2022.

f) Se há alguma tecnologia social implementada na UBS para a comunidade ou para o próprio estabelecimento.

A princípio nenhuma tecnologia social implementada pela UBS. Apenas implementada pela associação de moradores (caixa de água de reuso com torneiras para os moradores que apresentam falta d'água).

Período: de 26/01/2022 à 16/03/2022.

Unidade básica: UBS B

O que será observado:

a) Como é a dinâmica estabelecida pelos profissionais da UBS para cada setor e cada função no dia-a-dia.

No momento mais crítico da pandemia (março/2020 à dez de 2021) a responsável técnica de enfermagem fazia a escala da equipe de enfermagem para compor a ERR e as demais atividades relacionadas às demandas e à vigilância em saúde, levando em conta folgas e licenças médicas

semanalmente. Contudo, as dinâmicas poderiam ser modificadas caso houvesse alguma excepcionalidade como aumento dos casos de síndrome gripal, positivos, aumento devido a ômicron e surto de influenza concomitantemente à pandemia. Os médicos se revezavam para triar casos na porta - atendimentos de demandas espontâneas e renovação de receitas (período de 2020 à nov. de 2020, depois houve pequenas tentativas de retorno à normalidade). Tais dinâmicas eram sempre pactuadas com a gerência da UBS durante todo o período observado.

b) Como os profissionais da equipe técnica agem durante o atendimento dos indivíduos e famílias com síndrome gripal.

No início da pandemia (2020) as pessoas com síndrome gripal eram direcionadas para atendimento na área externa (academia carioca) entrando pela lateral da UBS. Assim a ERR conferia os sinais vitais e realizava anamnese. Com a melhora da pandemia o atendimento passou a ser feito no auditório (entrando pela porta principal), sendo atendido e triado pela equipe médica (residentes e preceptores), onde solicitavam testes rápidos de covid-19 (realizado pelos técnicos em outro setor/sala) e retornando para reavaliação no auditório para conduta médica caso a caso. Durante o boom da variante omicron no fim de 2021 e até meados de 2022 os indivíduos voltaram a serem atendidos na lateral visto o surto de influenza e posteriormente aumento dos casos de covid-19 pela variante omicron. Contudo neste último período de surto pela nova variante foi aberto polos de testagens o que desafogou o enorme quantitativo de atendimentos por síndrome gripal voltando a dinâmica anterior.

c) Como são realizados os teleatendimentos tele monitoramento, e as dificuldades na realização desse tipo de atendimento.

Não eram realizados os teleatendimentos. Os tele monitoramentos eram realizados inicialmente pelos internos de medicina que estavam afastados por alguma comorbidade ou gravidez. Contudo, posteriormente foi realizada pelos agentes comunitários (com celulares disponibilizados pelo municípios para esse fim) e também pela equipe de odontologia.

d) As vulnerabilidades estruturais, funcionais e não estruturais da UBS.

Em relação a vulnerabilidade estrutural de acordo com uma das médicas há uma área da clínica que está afundando e com isso comprometendo um dos consultórios. As vulnerabilidades não estruturais observadas foram em relação aos aparelhos de ar-condicionado que durante o período de observação participante estavam sendo trocados, e outra sala também está comprometida (sala de ultrassonografia e parte da sala dos ACS) devido a infiltração provocada pela tubulação do ar condicionado. Gerente afirmou que haverá obra para reparar danos não estruturais no mês de fevereiro. A mesma informou também que com a troca da empresa de manutenção e com isso houve troca demais de 10 ar condicionados.

e) Sobre a reorganização acerca de fluxos e processo de trabalho durante a pandemia de COVID-19.

A UBS B inicialmente atendia os sintomáticos respiratórios direcionando-os pelo profissional “posso ajudar” para a entrada lateral (academia carioca). As salas de atendimento pela ERR e a área dos corredores perto das salas desse tipo de atendimento foram isoladas para evitar comunicação de áreas possivelmente com aerossóis. As linhas de cuidado foram priorizadas, mantendo consultas de gestantes, puericultura até 2 anos, usuários com tuberculose, oncológicos ou demais casos graves. Materiais e insumos como EPIs sofreram escassez no início da pandemia (2020) e estes itens foram priorizados para uso na ERR, como capote, luva, máscara n95 e cirúrgicas. As máscaras foram as que mais faltaram no período inicial da pandemia, tendo em alguns momentos a necessidade de uso dos profissionais fora da ERR máscaras de pano.

f) Se há alguma tecnologia social implementada na UBS para a comunidade ou para o próprio estabelecimento.

Não foi observado.

Período: de 03/02/2022 à 14/04/2022.

Unidade básica: UBS C

O que será observado:

a) Como é a dinâmica estabelecida pelos profissionais da UBS para cada setor e cada função no dia-a-dia.

A Responsável técnica de enfermagem faz a escala semanal da equipe de enfermagem e coloca no grupo de WhatsApp da unidade básica. Existe também o grupo de visita domiciliar dos médicos que foi suspensa na fase inicial até início de 2022. A residência médica se organizava para a escala dos médicos. A gerencia organizava com todos os demais postos como “posso ajudar” e outras demandas (como vacinação). A residência médica saiu no dia 15/12/21 ficando com 4 médicos 7 equipes e cada equipe tinha 1 residente.

b) Como os profissionais da equipe técnica agem durante o atendimento dos indivíduos e famílias com síndrome gripal.

Antes do polo (variante omicron) era realizada triagem pelo médico, feito teste rápido pelo técnico e registro epidemiológico pelos enfermeiros. Com o polo são atendidos grávidas ou comorbidades, idosos (casos específicos) feito testagem após triagem do enfermeiro na recepção e encaminham após positivo para conduta médica. Tudo isto sendo a sala de espera na parte do estacionamento. Com o boom da variante omicron foi aberto um polo de testagem para ilha do governador o que fez com que desafogasse as UBS.

c) Como são realizados os teleatendimentos tele monitoramento, e as dificuldades na realização desse tipo de atendimento.

O teleatendimento acontecia com alguns casos de pacientes com comorbidades e diagnosticados com covid eram acompanhados pela residência médica da UBS, isto

principalmente no ano de 2020. Além disso, também ocorria com insulino dependentes. O tele monitoramento foi feito pela equipe (e pelos funcionários afastados por comorbidades) acompanhando uma planilha dos casos de síndrome gripal e teve recebimento de celulares para a realização principalmente por parte dos ACS.

d) As vulnerabilidades estruturais, funcionais e não estruturais da UBS.

As vulnerabilidades encontradas foram as mesmas da UBS B (exceto pela infiltração devido ar condicionado e sobre uma das salas estar com o chão cedendo).

e) Sobre a reorganização acerca de fluxos e processo de trabalho durante a pandemia de COVID-19.

A UBS C inicialmente atendia os sintomáticos respiratórios direcionando-os pelo profissional “posso ajudar” para a entrada lateral (academia carioca). As salas de atendimento pela ERR e a área dos corredores perto das salas desse tipo de atendimento foram isoladas para evitar comunicação de áreas possivelmente com aerossóis. As linhas de cuidado foram priorizadas, mantendo consultas de gestantes, puericultura até 2 anos, usuários com tuberculose, oncológicos ou demais casos graves. Materiais e insumos como EPIs sofreram escassez no início da pandemia (2020) e estes itens foram priorizados para uso na ERR, como capote, luva, máscara n95 e cirúrgicas. As máscaras foram as que mais faltaram no período inicial da pandemia, tendo em alguns momentos a necessidade de uso dos profissionais fora da ERR máscaras de pano.

f) Se há alguma tecnologia social implementada na UBS para a comunidade ou para o próprio estabelecimento.

Existia um projeto de horta comunitária anterior a pandemia, que era mantido pela academia carioca e pelo nasf e com a pandemia ficou difícil de ser levado adiante. Durante a pandemia uma das técnicas de enfermagem fez um espaçador feito de garrafa pet para realização dos

puffs para usuários com SRAG, e também fez um protetor bucal para uso de bombinha (aerolin) cortando a luva de procedimento (no local onde se põe os dedos).

Período: de 31/03/2022 à 23/05/2022.

Unidade básica: UBS D

O que será observado:

a) Como é a dinâmica estabelecida pelos profissionais da UBS para cada setor e cada função no dia-a-dia.

Era estabelecida mensalmente e semanalmente. De acordo com a necessidade e adaptação do dia-a-dia. Levando em consideração dos afastamentos e do RH disponível.

b) Como os profissionais da equipe técnica agem durante o atendimento dos indivíduos e famílias com síndrome gripal.

No início da pandemia a triagem e atendimento de síndrome gripal ocorria na entrada principal ao lado da UPA e CAPS. Já que a UBS D é no subsolo e não tem janelas esse atendimento ocorria em ambiente aberto. E com a melhora na manutenção de EPIs e com o leve controle da epidemia esses atendimentos foram ocorrendo no subsolo.

c) Como são realizados os teleatendimentos tele monitoramento, e as dificuldades na realização desse tipo de atendimento.

O GT de teleatendimento e tele monitoramento tinham escalas diárias, mas só ocorreu na fase inicial da pandemia. As dificuldades estavam relacionadas aos pacientes não terem celulares ou internet.

d) As vulnerabilidades estruturais, funcionais e não estruturais da UBS.

A UBS não apresenta janelas pois se encontra no subsolo. Contudo, é uma unidade grande.

Logo tem vulnerabilidades não estruturais e funcionais devido a divisão dos setores já que há uma quantidade grande de rh devido as residências médicas, de enfermagem e NASF.

e) Sobre a reorganização acerca de fluxos e processo de trabalho durante a pandemia de COVID-19.

IDEM as outras UBSs.

f) Se há alguma tecnologia social implementada na UBS para a comunidade ou para o próprio estabelecimento.

Não.

APÊNDICE L – ESTRATÉGIA DE BUSCA PARA REVISÃO DE ESCOPO

BASES	ESTRATÉGIAS DE BUSCA	Nº
BVS	("Tecnologia Culturalmente Apropriada" OR "Tecnología Culturalmente Apropriada" OR "Technologie culturellement adaptée" OR "Tecnologia Alternativa" OR "Tecnologia Apropriada" OR "Tecnologia Básica" OR "Tecnologia Intermediária" OR "Tecnologia Leve" OR "Tecnologia Social" OR "Tecnologia de Custo Intermediário" OR "Tecnologias Leves" OR "Tecnología Apropriada" OR "Tecnología Blanda" OR "Tecnología Básica" OR "Tecnología Intermedia" OR "Tecnología Suave" OR "Tecnología de Coste Intermedio" OR "Tecnología de Costo Intermedio" OR "Tecnologías Blandas" OR "Tecnologías Suaves" OR "Technique douce" OR "Technologie adaptée culturellement" OR "Technologie appropriée" OR "Technologie douce" OR "Technologie intermédiaire" OR "Tecnologia social" OR "tecnologias sociais" OR "tecnologias interacionistas" OR "tecnologia interacionista" OR "tecnologia de interação" OR "tecnologías interaccionistas" OR "inovação social" OR "Inovações sociais" OR "innovaciones sociales" OR "innovacion social") AND (desastres OR catastrophes OR calamidade* OR catástrofes OR "Eventos com Potencial de Criação de Lesão" OR tragédias OR "Eventos con Potencial de Creación de Lesión" OR sinistres OR emergências OR "Urgencias Médicas" OR urgences OR emergência OR urgência* OR pandemias OR pandémies OR pandemia OR covid-19 OR covid19 OR "Doença pelo Novo Coronavírus" OR "Doença por 2019-nCoV" OR "Coronavírus 2019" OR coronavirus-19 OR "Doença por Novo Coronavírus" OR "Coronavírus de Wuhan" OR "Coronavírus em Wuhan" OR "Novo Coronavírus" OR 2019-ncov OR "Coronavírus 2019-nCoV" OR sars-cov-2 OR 2019-ncov OR "SARS Coronavirus 2" OR sars-cov-2 OR "Pneumonia do Mercado de Frutos do Mar de Wuhan" OR "Pneumonia da China 2019-2020" OR "Brote de Neumonía de China de 2019-2020" OR "Nuevo Coronavirus" OR "Neumonía del Mercado de Pescado y Marisco de Wuhan" OR "nouveau coronavirus" OR "Pneumonie au marché des fruits de mer de Wuhan" OR "Pneumonie de Wuhan" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Soins de santé primaires" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Cuidado Primário de Saúde" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR "Primeiro Nível de Atenção à Saúde" OR "Primeiro Nível de Cuidado" OR "Primeiro Nível de Cuidados" OR "Asistencia Primaria" OR "Asistencia Primaria de Salud" OR "Asistencia Sanitaria de Primer Nivel" OR "Atención Básica" OR "Atención Primaria" OR "Atención Sanitaria de Primer Nivel" OR "Primer Nivel de Asistencia Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención" OR "Primer Nivel de Atención Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención de Salud" OR "Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria" OR "Soins de santé primaire" OR "Centros de Saúde" OR "Centros de Salud" OR "Centres de Santé" OR "Centro de Saúde" OR policlínicas OR "Posto de Assistência Médica" OR "Posto de Saúde" OR "Postos de Saúde" OR "Unidade Básica de Saúde" OR "Unidade Hospitalar de Saúde Pública" OR "Unidade de Saúde" OR "Unidade de Serviço" OR "Unidade Básica" OR "Sistema Único de Saúde" OR "Sistema Único de Salud" OR "Système de Santé Unifié" OR sus) AND (db:("LILACS" OR "BDENF" OR "PAHO" OR "coleccionaSUS" OR "PAHOIRIS" OR "campusvirtualsp_brasil" OR "BINACIS" OR "CUMED" OR "IBECs" OR "INDEXPSI" OR "BBO" OR "CidSaude" OR "DESASTRES" OR "PREPRINT-SCIELO" OR "RHS" OR "WHOLIS" OR "DECS" OR "HISA" OR "LIPECS" OR "SES-SP" OR "campusvirtualsp_cuba"))	233

BVS	<p>("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations") AND (disasters OR emergencies OR pandemics OR pandemic OR covid-19 OR "2019 nCoV Disease" OR 2019 nCoV infection* OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-nCoV OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR covid19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR sars cov 2 infection* OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System")</p>	7
CINAHL	<p>AB ("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations") AND AB (Disasters OR Emergencies OR Pandemics OR Pandemic OR COVID-19 OR "2019 nCoV Disease" OR 2019 nCoV Infection* OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-nCoV OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR COVID19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR SARS CoV 2 Infection* OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR Polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System") OR SU ("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations") AND SU (Disasters OR Emergencies OR Pandemics OR Pandemic OR COVID-19 OR "2019 nCoV Disease" OR 2019 nCoV Infection* OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-nCoV OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR COVID19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR SARS CoV 2 Infection* OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR Polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System") OR TI ("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR</p>	99

	<p>"interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations") AND TI (Disasters OR Emergencies OR Pandemics OR Pandemic OR COVID-19 OR "2019 nCoV Disease" OR 2019 nCoV Infection* OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-nCoV OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR COVID19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR SARS CoV 2 Infection* OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR Polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System")</p>
EMBASE	<p>(culturally appropriate technology'/exp OR 'culturally appropriate technology' OR 'culturally appropriate technologies' OR 'intermediate technology'/exp OR 'intermediate technology' OR 'intermediate technologies' OR 'soft technology'/exp OR 'soft technology' OR 'soft technologies' OR 'appropriate technology'/exp OR 'appropriate technology' OR 'social technologies' OR 'social technology' OR 'interactionist technologies' OR 'interactionist technology' OR 'social innovation' OR 'social innovations') AND (disasters'/exp OR disasters OR 'emergencies'/exp OR emergencies OR 'pandemics'/exp OR pandemics OR 'pandemic'/exp OR pandemic OR '2019 ncov disease'/exp OR '2019 ncov disease' OR (2019 AND ncov AND infection*) OR '2019 novel coronavirus'/exp OR '2019 novel coronavirus' OR '2019-20 china pneumonia' OR '2019-20 wuhan coronavirus' OR '2019-ncov acute respiratory disease' OR '2019 ncov'/exp OR '2019 ncov' OR '2019-new coronavirus'/exp OR '2019-new coronavirus' OR 'coronavirus disease 19'/exp OR 'coronavirus disease 19' OR 'coronavirus disease 2019'/exp OR 'coronavirus disease 2019' OR 'coronavirus disease-19'/exp OR 'coronavirus disease-19' OR 'covid 19'/exp OR 'covid 19' OR 'covid19'/exp OR covid19 OR 'novel coronavirus pneumonia'/exp OR 'novel coronavirus pneumonia' OR 'sars coronavirus 2 infection'/exp OR 'sars coronavirus 2 infection' OR 'sars cov 2'/exp OR 'sars cov 2' OR (('sars'/exp OR sars) AND cov AND ('2'/exp OR 2) AND infection*) OR 'wuhan coronavirus'/exp OR 'wuhan coronavirus' OR 'wuhan seafood market pneumonia' OR 'primary health care'/exp OR 'primary health care' OR 'primary healthcare'/exp OR 'primary healthcare' OR 'primary care'/exp OR 'primary care' OR 'health centers' OR 'health center'/exp OR 'health center' OR 'health posts' OR 'polyclinic'/exp OR polyclinic OR 'unified health system' OR 'brazilian</p>

	<p>unified health system' OR 'brazilian unified national health system' OR 'single health care system' OR 'single health system' OR 'unified health care system')</p>
<p>EPISTEMONIKOS</p>	<p>title:(title:(("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations") OR abstract:(("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations"))) OR abstract:(("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations") OR abstract:(("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations")))) AND (title:(disasters OR emergencies OR pandemics OR pandemic OR covid-19 OR "2019 nCoV Disease" OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-ncov OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR covid19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System") OR abstract:(disasters OR emergencies OR pandemics OR pandemic OR covid-19 OR "2019 nCoV Disease" OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-ncov OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR covid19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR polyclinic OR</p>

"Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System")) OR abstract:(title:(("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations") OR abstract:("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations")) OR abstract:(("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations")) OR abstract:("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations")) AND (title:(disasters OR emergencies OR pandemics OR pandemic OR covid-19 OR "2019 nCoV Disease" OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-ncov OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR covid19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System") OR abstract:(disasters OR emergencies OR pandemics OR pandemic OR covid-19 OR "2019 nCoV Disease" OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-ncov OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR covid19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System"))))

PMC

(((("Culturally Appropriate Technology"[Title] OR "Culturally Appropriate Technologies"[Title] OR "Intermediate Technology"[Title] OR "Intermediate Technologies"[Title] OR "Soft Technology"[Title] OR "Soft Technologies"[Title] OR "appropriate technology"[Title] OR "social technologies"[Title] OR "social technology"[Title] OR "interactionist technologies"[Title] OR "interactionist technology"[Title] OR "social innovation"[Title] OR "social innovations"[Title])) OR ("Culturally Appropriate Technology"[Abstract] OR "Culturally Appropriate Technologies"[Abstract] OR "Intermediate Technology"[Abstract] OR "Intermediate Technologies"[Abstract] OR "Soft Technology"[Abstract] OR "Soft Technologies"[Abstract] OR "appropriate technology"[Abstract] OR "social technologies"[Abstract] OR "social technology"[Abstract] OR "interactionist technologies"[Abstract] OR "interactionist technology"[Abstract] OR "social innovation"[Abstract] OR "social innovations"[Abstract]))) AND (((disasters[Title] OR emergencies[Title] OR pandemics[Title] OR pandemic[Title] OR covid-19[Title] OR "2019 nCoV Disease"[Title] OR "2019 Novel Coronavirus"[Title] OR "2019-20 China Pneumonia"[Title] OR "2019-20 Wuhan Coronavirus"[Title] OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease"[Title] OR 2019-ncov[Title] OR "2019-New Coronavirus"[Title] OR "Coronavirus Disease 19"[Title] OR "Coronavirus Disease 2019"[Title] OR "Coronavirus Disease-19"[Title] OR "COVID 19"[Title] OR covid19[Title] OR "Novel Coronavirus Pneumonia"[Title] OR "SARS Coronavirus 2 Infection"[Title] OR "Wuhan Coronavirus"[Title] OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia"[Title] OR "Primary Health Care"[Title] OR "Primary Healthcare"[Title] OR "Primary Care"[Title] OR "Health Centers"[Title] OR "Health Center"[Title] OR "Health Posts"[Title] OR polyclinic[Title] OR "Unified Health System"[Title] OR "Brazilian Unified Health System"[Title] OR "Brazilian Unified National Health System"[Title] OR "Single Health Care System"[Title] OR "Single Health System"[Title] OR "Unified Health Care System"[Title])) OR (disasters[Abstract] OR emergencies[Abstract] OR pandemics[Abstract] OR pandemic[Abstract] OR covid-19[Abstract] OR "2019 nCoV Disease"[Abstract] OR "2019 Novel Coronavirus"[Abstract] OR "2019-20 China Pneumonia"[Abstract] OR "2019-20 Wuhan Coronavirus"[Abstract] OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease"[Abstract] OR 2019-ncov[Abstract] OR "2019-New Coronavirus"[Abstract] OR "Coronavirus Disease 19"[Abstract] OR "Coronavirus Disease 2019"[Abstract] OR "Coronavirus Disease-19"[Abstract] OR "COVID 19"[Abstract] OR covid19[Abstract] OR "Novel Coronavirus Pneumonia"[Abstract] OR "SARS Coronavirus 2 Infection"[Abstract] OR "Wuhan Coronavirus"[Abstract] OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia"[Abstract] OR "Primary Health Care"[Abstract] OR "Primary Healthcare"[Abstract] OR "Primary Care"[Abstract] OR "Health Centers"[Abstract] OR "Health Center"[Abstract] OR "Health Posts"[Abstract] OR polyclinic[Abstract] OR "Unified Health System"[Abstract] OR "Brazilian Unified Health System"[Abstract] OR "Brazilian Unified National Health System"[Abstract] OR "Single Health Care System"[Abstract] OR "Single Health System"[Abstract] OR "Unified Health Care System"[Abstract]))

25

<p>PSYCINFO</p>	<p>47 Results for Any Field: "Culturally Appropriate Technology" OR Any Field: "Culturally Appropriate Technologies" OR Any Field: "Intermediate Technology" OR Any Field: "Intermediate Technologies" OR Any Field: "Soft Technology" OR Any Field: "Soft Technologies" OR Any Field: "appropriate technology" OR Any Field: "social technologies" OR Any Field: "social technology" OR Any Field: "interactionist technologies" OR Any Field: "interactionist technology" OR Any Field: "social innovation" OR Any Field: "social innovations" AND Any Field: Disasters OR Any Field: Emergencies OR Any Field: Pandemics OR Any Field: Pandemic OR Any Field: COVID-19 OR Any Field: "2019 nCoV Disease" OR Any Field: 2019 nCoV Infection* OR Any Field: "2019 Novel Coronavirus" OR Any Field: "2019-20 China Pneumonia" OR Any Field: "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR Any Field: "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR Any Field: 2019-nCoV OR Any Field: "2019-New Coronavirus" OR Any Field: "Coronavirus Disease 19" OR Any Field: "Coronavirus Disease 2019" OR Any Field: "Coronavirus Disease-19" OR Any Field: "COVID 19" OR Any Field: COVID19 OR Any Field: "Novel Coronavirus Pneumonia" OR Any Field: "SARS Coronavirus 2 Infection" OR Any Field: SARS CoV 2 Infection* OR Any Field: "Wuhan Coronavirus" OR Any Field: "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR Any Field: "Primary Health Care" OR Any Field: "Primary Healthcare" OR Any Field: "Primary Care" OR Any Field: "Health Centers" OR Any Field: "Health Center" OR Any Field: "Health Posts" OR Any Field: Polyclinic OR Any Field: "Unified Health System" OR Any Field: "Brazilian Unified Health System" OR Any Field: "Brazilian Unified National Health System" OR Any Field: "Single Health Care System" OR Any Field: "Single Health System" OR Any Field: "Unified Health Care System"</p>	<p>47</p>
<p>PUBMED</p>	<p>("Culturally Appropriate Technology"[mh] OR Culturally Appropriate Technology[tiab] OR Culturally Appropriate Technologies[tiab] OR "Intermediate Technology"[tiab] OR "Intermediate Technologies"[tiab] OR "Soft Technology"[tiab] OR "Soft Technologies"[tiab] OR "appropriate technology"[tiab] OR "appropriate technologies"[tiab] OR "social technologies"[tiab] OR "social technology"[tiab] OR interactionist technologies[tiab] OR interactionist technology[tiab] OR social innovation*[tiab]) AND (Disasters[mh] OR Emergencies[mh] OR Pandemics[mh] OR Disasters[tiab] OR Emergencies[tiab] OR Pandemic*[tiab] OR COVID-19[mh] OR COVID-19[tiab] OR "2019 nCoV Disease"[tiab] OR 2019 nCoV Infection*[tiab] OR "2019 Novel Coronavirus"[tiab] OR "2019-20 China Pneumonia"[tiab] OR "2019-20 Wuhan Coronavirus"[tiab] OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease"[tiab] OR 2019-nCoV[tiab] OR "2019-New Coronavirus"[tiab] OR "Coronavirus Disease 19"[tiab] OR "Coronavirus Disease 2019"[tiab] OR "Coronavirus Disease-19"[tiab] OR "COVID 19"[tiab] OR COVID19[tiab] OR "Novel Coronavirus Pneumonia"[tiab] OR "SARS Coronavirus 2 Infection"[tiab] OR SARS CoV 2 Infection*[tiab] OR "Wuhan Coronavirus"[tiab] OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia"[tiab] OR "Primary Health Care"[mh] OR "Primary Health Care"[tiab] OR "Primary Healthcare"[tiab] OR "Primary Care"[tiab] OR "Health Centers"[tiab] OR "Health Center"[tiab] OR "Health Posts"[tiab] OR Polyclinic[tiab] OR "Unified Health System"[tiab] OR "Brazilian Unified Health System"[tiab] OR "Brazilian Unified National Health System"[tiab] OR "Single Health Care System"[tiab] OR "Single Health System"[tiab] OR "Unified Health Care System"[tiab])</p>	<p>134</p>

<p>SCIENCE.GOV</p>	<p>Title: (disasters OR emergencies OR pandemics OR pandemic OR covid-19 OR "2019 nCoV Disease" OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-ncov OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR covid19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System") AND ("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations")</p>	<p>4</p>
<p>SCIELO</p>	<p>("Tecnología Culturalmente Apropriada" OR "Tecnología Culturalmente Apropriada" OR "Technologie culturellement adaptée" OR "Tecnologia Alternativa" OR "Tecnologia Apropriada" OR "Tecnologia Básica" OR "Tecnologia Intermediária" OR "Tecnologia Leve" OR "Tecnologia Social" OR "Tecnologia de Custo Intermediário" OR "Tecnologias Leves" OR "Tecnología Apropriada" OR "Tecnología Blanda" OR "Tecnología Básica" OR "Tecnología Intermedia" OR "Tecnología Suave" OR "Tecnología de Coste Intermedio" OR "Tecnología de Costo Intermedio" OR "Tecnologías Blandas" OR "Tecnologías Suaves" OR "Technique douce" OR "Technologie adaptée culturellement" OR "Technologie appropriée" OR "Technologie douce" OR "Technologie intermédiaire" OR "Tecnologia social" OR "tecnologias sociais" OR "tecnologias interacionistas" OR "tecnologia interacionista" OR "tecnologia de interação" OR "tecnologías interaccionistas" OR "inovação social" OR "Inovações sociais" OR "innovaciones sociales" OR "innovacion social") AND (desastres OR catastrophes OR calamidade* OR catástrofes OR "Eventos com Potencial de Criação de Lesão" OR tragédias OR "Eventos con Potencial de Creación de Lesión" OR sinistres OR emergências OR "Urgencias Médicas" OR urgences OR emergência OR urgência* OR pandemias OR pandémies OR pandemia OR covid-19 OR covid19 OR "Doença pelo Novo Coronavírus" OR "Doença por 2019-nCoV" OR "Coronavírus 2019" OR coronavirus-19 OR "Doença por Novo Coronavírus" OR "Coronavírus de Wuhan" OR "Coronavírus em Wuhan" OR "Novo Coronavírus" OR 2019-ncov OR "Coronavírus 2019-nCoV" OR sars-cov-2 OR 2019-ncov OR "SARS Coronavirus 2" OR sars-cov-2 OR "Pneumonia do Mercado de Frutos do Mar de Wuhan" OR "Pneumonia da China 2019-2020" OR "Brote de Neumonía de China de 2019-2020" OR "Nuevo Coronavirus" OR "Neumonía del Mercado de Pescado y Marisco de Wuhan" OR "nouveau coronavirus" OR "Pneumonie au marché des fruits de mer de Wuhan" OR "Pneumonie de Wuhan" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Soins de santé primaires" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Cuidado Primário de Saúde" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR "Primeiro Nível de Atenção à Saúde" OR "Primeiro Nível de Cuidado" OR "Primeiro Nível de Cuidados" OR "Asistencia Primaria" OR "Asistencia Primaria de Salud" OR "Asistencia Sanitaria de Primer Nivel" OR "Atención Básica" OR "Atención Primaria" OR "Atención Sanitaria de Primer Nivel" OR "Primer Nivel de Asistencia Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención" OR</p>	<p>38</p>

	<p>"Primer Nivel de Atención Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención de Salud" OR "Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria" OR "Soins de santé primaire" OR "Centros de Saúde" OR "Centros de Salud" OR "Centres de Santé" OR "Centro de Saúde" OR policlinicas OR "Posto de Assistência Médica" OR "Posto de Saúde" OR "Postos de Saúde" OR "Unidade Básica de Saúde" OR "Unidade Hospitalar de Saúde Pública" OR "Unidade de Saúde" OR "Unidade de Serviço" OR "Unidade Básica" OR "Sistema Único de Saúde" OR "Sistema Único de Salud" OR "Système de Santé Unifié" OR sus)</p>
<p>SCIELO</p>	<p>(disasters OR emergencies OR pandemics OR pandemic OR covid-19 OR "2019 nCoV Disease" OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-ncov OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR covid19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System") AND ("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations")</p>

<p>SCOPUS</p>	<p>(TITLE-ABS-KEY ("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations")) AND TITLE-ABS-KEY (disaster* OR emergencie* OR pandemics OR pandemic OR covid-19 OR "2019 nCoV Disease" OR "2019 nCoV Infection" OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-ncov OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR covid19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "SARS CoV 2 Infection" OR "SARS CoV 2 Infections" OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System"))</p>	<p>341</p>
<p>WOS</p>	<p>TS=("Culturally Appropriate Technology" OR "Culturally Appropriate Technologies" OR "Intermediate Technology" OR "Intermediate Technologies" OR "Soft Technology" OR "Soft Technologies" OR "appropriate technology" OR "social technologies" OR "social technology" OR "interactionist technologies" OR "interactionist technology" OR "social innovation" OR "social innovations") AND TS=(Disasters OR Emergencies OR Pandemics OR Pandemic OR COVID-19 OR "2019 nCoV Disease" OR 2019 nCoV Infection* OR "2019 Novel Coronavirus" OR "2019-20 China Pneumonia" OR "2019-20 Wuhan Coronavirus" OR "2019-nCoV Acute Respiratory Disease" OR 2019-nCoV OR "2019-New Coronavirus" OR "Coronavirus Disease 19" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "Coronavirus Disease-19" OR "COVID 19" OR COVID19 OR "Novel Coronavirus Pneumonia" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR SARS CoV 2 Infection* OR "Wuhan Coronavirus" OR "Wuhan Seafood Market Pneumonia" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Health Centers" OR "Health Center" OR "Health Posts" OR Polyclinic OR "Unified Health System" OR "Brazilian Unified Health System" OR "Brazilian Unified National Health System" OR "Single Health Care System" OR "Single Health System" OR "Unified Health Care System")</p>	<p>151</p>
<p>Total</p>		<p>1291</p>

APÊNDICE M- CORPUS TEXTUAL DO PHOTOVOICE

**** *foto_2 *ubs_a

As pessoas tendo que ir trabalhar e com pouco acesso numa pandemia a gente ficou sem ônibus, a gente só tinha van e era isso. A pessoa tinha que se aglomerar ali pra ir trabalhar. A comunidade ficou sem o ônibus, eles tem um espaço maior onde levaria crianças e idosos e ficamos só com a van onde todo mundo jovem que realmente estava na rua, estava trabalhando. O idoso que tinha que ir ao médico, que tinha que ir ao mercado, tudo misturado, entendeu. E isso é muito ruim, porque mistura tudo, todo mundo pega. Tivemos muitas mortes aqui por conta da covid, então é complicado. A empresa de onibus disse que na pandemia não tinha necessidade de ônibus aqui. A Associação Processou a empresa. A Associação fez uma matéria no jornal local de Notícias, a associação chamou a Globo aqui e nós fizemos reportagem pedindo a volta dos ônibus. Junto, claro, com os moradores. A gente chamou todo mundo pra participar. Só não tem jeito. Não, não foi, ainda não foi resolvido. Porque não teve a volta dos ônibus. Mas houve pelo esse fato das vans estarem saindo cada vez mais lotada a proliferação da doença aumentou cada vez mais. Como a gente teve muito caso de um dos bairros da ilha com o mais atingido pela covid. Eu acho que isso só parte também o corpo do pessoal da van também, dos motorista, de quem tá ali, eu não sei como é que é que funciona muito a organização ali de não estar permitindo que as vans circulem assim com o superlotação. Tem uma necessidade sim das pessoas se locomoverem. Mas em contrapartida eu acho que também eles poderiam ter essa consciência. De que no momento de pandemia não dá pra gente andar com transporte coletivo lotado, respeitar pelo menos a capacidade máxima, porque o que a gente vê aqui é que elas que os motoristas, os cobradores, eles lotam a van além do que tem capacidade permitida. As pessoas vão em pé, as vezes tem cinco, se tem as pessoas em pé e todos os lugares ocupados. Acontece também uma superlotação. Questão pela falta do ônibus.

**** *foto_6 *ubs_a

Não sei, essa foto eu vejo que já é um problema social da comunidade em si, né? Mesmo antes da pandemia o fato das casas ser eh tudo grudada e não ser arejada não ter uma boa ventilação. Que se torne o mesmo ser arejada. Então acredito que isso no período da pandemia também ajudou muito pra que tivesse o avanço da doença. Porque as pessoas o fato de morar tão perto um do outro evitava assim se fosse sair não tinha nem como evitar o contato uma certa forma. E se pegasse a doença até por pras pessoas que morava dentro de casa era inevitável não ser contaminado pelo fato de não ter espaço nem pra se isolar. Então eu acho que isso acabou ajudando a doença como se proliferar e evitar que aumentasse como é que eu vou falar o número de contagem. Mais do das próprias pessoas que moram no mesmo domicílio. Isso acho que foi uma grande dificuldade para as pessoas. Que não tinha como. Mas por outro lado eu vejo também que a clínica atuou até mesmo nesses lugares de ruim acesso. Foi assim não tinha muito o que fazer porque já faz parte da comunidade mesmo. É uma característica da unidade e as

casas da comunidade. A clínica foi reforçar mais ainda as orientações pros moradores. Que é lavar sempre as mãos inclusive os alimentos quando comprar, se passar álcool, ela está sempre de máscara. Entao o que a clinica de fazer é isso mesmo que esse eh em relação ao ambiente mesmo não tinha muito o que fazer.

**** *foto_9 *ubs_a

É complicado. Falta de manutenção, esquecimento da saúde. Um ambiente insalubre pros profissionais trabalharem. É complicado falar disso. É que durante muitos anos foram feitos muitas maquiagens, pintura, um reparo aqui outro ali quando na verdade já tinha que fazer o que vai acontecer agora. Uma obra. Isso chegou a cair quase que na cabeça de um médico e aí coloca a vida dos pacientes, dos funcionários em risco constantemente. Então, na verdade essa parte do essa relação do que que deixaram poxa assim esqueceram que precisa da manutenção que precisa do cuidado pra gente poder cuidar também do espaço. Não adianta a gente estar tentando cuidar e o médico está ali na sala cuidando daquela da pessoa do que está sentindo no momento mas ao mesmo tempo tem aquilo que está ali em volta que está mostrando que eh não está não está preparado. Um local que não está preparado para dar esse cuidado ao paciente. A gente trabalha quase todas as salas estavam nessa mesma você olha pro teto está o teto está caindo está mofado as paredes está mofada está levantando e isso é como a fulana falou vem de muitos anos. Eles estão sempre faz uma obrinha aqui o outro ali mas de verdade não foi não é uma solução correto. É uma coisa que acabou, tá tudo certo, vai funcionar dessa forma agora. Assim, é uma forma aí, a gente espera. Que que dê essa solução que a gente tanto esperava, né? Que há cinco anos a gente possa dizer assim, nossa, o posto está perfeito. Foi, por quê tem que ter manutenção. Além das pessoas, precisa cuidar também do ambiente que a gente vai estar pra poder ajudar, bem cuidar.

**** *foto_11 *ubs_a

Eu acho que essa eu acho que esse recurso a associação do Parque Royal junto com alguns órgãos públicos fez pra ajudar a população que em plena pandemia ficou sem água. Então foi uma estratégia pra ajudar que acabou ficando. E ajudou muitos moradores. Promovendo a higiene. O posto foi fundamental pra conseguir essa esse refluxo aí essa ajuda. É porque assim faltava muita água no posto eh muita água no posto e aí constante reclamações, constantes eh veio a coordenação junto com a coordenação, a associação e resolveram fazer uma parceria grande importância pra comunidade que várias pessoas pega água aí quando falta água nessas casa que é sempre falta . E aí foi muito bom. É, eu já não posso falar muito, mas eu acho que tudo que vem pra comunidade de bom é o empoderamento pro morador. Eh tem gente que não tem água em casa de jeito nenhum e isso aí foi eh uma ajuda. Eu acho que o grande impacto foi em relação ao atendimento na unidade mesmo, porque várias vezes com o atendimento foi rompido, no caso injetado fazia quase nenhum devido a falta de água impactava muito na comunidade. E com a realização desse projeto aí graças a Deus a comunidade passou terminar o atendimento interrompido por essa questão. Então, as meninas já disseram e tudo. Realmente foi um benefício. Pra comunidade. eh inclusive eu vejo assim muitas pessoas que não tem água dentro de casa eu vejo enchendo baldes ali entendeu? Eh garrações de água eu não tinha hoje não tinha esse acesso acabava a água ficava sem água e agora tem né Essa caixa d'água aí pro

peçoal. Eh achei bem interessante o que fizeram. É. Foi uma questão que surgiu, né? Com a demanda da pandemia, com esse advento aí de pandemia. Mas que vai acabar ficando. Eu acredito que durar aí não sei se eles vão conseguir fazer a manutenção. Mas eu acho que fica esse legado aí pra comunidade mais uma ajuda aí um reservatório de água aí caso aconteça a falta.

**** *foto_1 *ubs_b

A gente vê que ele tá muito cheia. Os usuários, tá batendo muito acesso a unidade. E acabou que nesse momento o corpo técnico ele ficou muito sobrecarregado. A gente não estava com essa quantidade técnica mas hoje tem bastante quadro completo. Mas nessa época aqui não estava não. O pouco de que tinham estavam se contaminando. Tinha muita gente é afastada. Que era hipertenso, diabético, gestante, estava dentro do grupo de risco esse pessoal acabou sendo muito afastado e quem ficou na linha de frente acabou ficando muito sobrecarregado. E aqui é a vacinação. Provavelmente foi no dia de sábado. Nesse dia em dia específico, eu lembro desse dia. A equipe que tava aqui não deu conta. A RT de enfermagem teve que ligar pra outros funcionários vim de casa pra poder dar suporte nesse dia aí. Por que quem tava aqui não tava dando conta. Isso aqui é de vacina. Então quando surgiu já as campanhas da covid. Na verdade acho que isso aqui foi quando o povo não estava levando muita fé, não estava muito a fim da vacina. Aí depois as vacinas começaram a ficar naquela várias vacinas Coronovac, Pfizer, não sei o quê. Começaram a ficar mais escassas. Aí veio o negócio da gripe, o povo começou a procurar de novo. Quando viu que estava acabando, aí estava vindo muito e nesse dia fez a volta assim pra fila. Foi encheu eu lembro disso. É estranho porque em dez anos de unidade a gente nunca tinha ficado assim. Eu só me recordo da clínica para atendimento. Foi a primeira vez que a gente viu a unidade assim, porque não deixa de ser um atendimento, é era só vacina, mas é um atendimento. Mas assim, a gente já viu atendimento assim de consultório, a unidade chega, a gente até fala: caramba a unidade. Mas não nesse nível que foi desse dia foi a primeira vez em dez anos de clínica que a gente viu a unidade assim. Você entrava e não parecia a clínica, parecia um outro ambiente. E reforçando que mesmo sendo num dia de sábado aqui não era apenas a vacinação, porque muitos chegavam ali na porta e já tava passando por uma consulta praticamente pra ser encaminhado pra um acompanhamento mais específico por causa dos sintomas e outros não descartados por ser outros tipos de sintomas. Os tipos de doença, até mesmo evitando tomar a vacina por não estar podendo devido estar com febre, algum outro tipo de sintoma que não era voltado pra covid. Então sobrecarregou muito mesmo a equipe. Eu teve pessoas que daí da equipe aqui da Clínica_da_Família falava assim gente, pelo amor de Deus. A prefeitura tem que nos ajudar de alguma forma. Eu sei que a gente está de frente na batalha, mas que todos os outros pontos também estão críticos. Mas aqui tá demais, a gente tá muito sobrecarregado e com muito afastamento piora a demanda. E as pessoas saíam daqui exaustas. A unidade ficou muito cheia, porque no Galeão só tem uma clinica_da_família pra atender toda a área. Todo mundo vinha pra cá. Até mais em torno. Todo mundo procurava atendimento aqui, então quem ficou nessa linha de frente aí ficou muito sobrecarregado mentalmente e fisicamente. Foi bem sinistro. Eu tenho parentes que moram na Portuguesa que procuraram a clínica aqui. Não procura outra clínica porque acha que aqui é muito mais fácil acesso. De ida e vinda. Uma localidade que não incomoda. Mesmo sendo dentro de duas partes da comunidade

não dá medo de vir. Então eu tenho pessoas que moram na Portuguesa ali que vem pra cá que o atendimento é aqui. Foi uma exaustão psicológica muito grande assim. Eu acho que quem ficou nessa linha de frente esse tempo todo hoje sente um peso, parece que você não tem não parou, sabe? Mas que você está naquele ritmo acelerado, você não consegue desacelerar. Porque não houve um planejamento como houve agora desse polo. Se logo no início tivesse tido um planejamento de fazer polos em várias outras regiões como teve no Galeão, na ilha, as unidades não estariam tão sobrecarregadas e nem os funcionários também estão agora cansados. No meu ver também é assim eu vejo muito pelo fato também da cultura, né? De cada lugar, cada país, cada Estado. Eu vejo que falta um pouco pra nossa cultura brasileira a educação pra situações como essa, uma pandemia, nós já passamos pela gripe espanhola que nós não aprendemos de educar os nossos pequenos na escola. Qual seria o meio de que a gente pudesse tá evitando. A propagação duma pandemia. Então assim, muita coisa falta também vem da cultura. No caso relacionado a esse problema de lotação e falta de profissionais. Eu acho que já foi feito. Tanto que deve ter nessa segunda onda e o planejamento foi totalmente diferente. O coordenador ele resolveu fazer polos que direcionou todo o atendimento pra esse setor, pra esse local onde deixou a clínica da família livre pra fazer o seu acompanhamento de rotina normal de todos os atendimentos. Acompanhar todas as linhas de cuidado.

**** *foto_2 *ubs_c

O esforço dos profissionais. Essa demanda acumulada. Tem mais gente do que espaço. Sentado no chão. Pessoas querendo atendimento e os profissionais tentando de alguma forma atender_los. E nem todos aí serão atendidos. Demanda maior do que a oferta. No caso eu e o beltrano que somos moradores do local que eles são atendidos É pergunta todo dia, será que não consigo. Ah hoje eu vi que estava cheio lá, posso voltar amanhã. Já vou escolher o que eu vou responder no WhatsApp às vezes um dia tem umas trezentas mensagens. Um monte usuario olha, tem. não tem. o médico estava. como é que tá. Bem complicado, porque eles não nos utilizam como uma ligação com a clínica, nós somos, mas a gente não tem a resposta satisfatória que a gente queria dar pra eles. É bem frustrante. Cara esse problema aí exige primeiramente no decorrer da pandemia foi uma grande redução das pessoas saíam de casa no movimento com relação a covid. E pós o período de covid dando um exemplo aqui da nossa clínica é sobre redução do número dos profissionais trabalhando aqui com era o nosso carro chefe. A saída de nove profissionais faz uma diferença. Caramba, a gente tá patinando desde dezembro. Campanha. campanha, orientação aos pacientes, principalmente aqueles que são subutilizadores que não necessariamente precisam e vem três vezes na semana. É difícil. É, mas tem caso que você consegue resolver. Não precisa você trazer isso aqui, ó, no calor, no transtorno. É isso aí, entra parte da orientação. E essa parte, essa orientação é feita principalmente por nós da ACS. Querendo a gente ou não. Porque você fica recebendo mensagem.

**** *foto_3 *ubs_d

É produção de quentinhas por um morador que está buscando a sobrevivência da melhor forma possível. Informal um pouco precária sem direitos trabalhistas mas muita das vezes sem condições de pagar o INSS e ficando doente não vai poder produzir isto. É isso que eu vejo

olhando essa imagem. Então a mesma coisa eu vejo alguém que está tentando sei lá sobreviver da melhor forma nesse momento difícil que foi a pandemia. Eu vejo duas formas né? Uma que eles falaram e a outra que eu acho que foi essa intenção aí foi uma pessoa né? Que voluntária que em meio a todo esse caos com um pouco conseguiu juntar forças pra levar um pouco praquela que já não tem nada. É isso. Não vou nem falar porque o negócio é da minha mãe então vou ficar falando. Difícil mas positivo. Porque pelo que eu estou vendo as quentinhas estão com embalagem perfeita. Tão tudo higiênico higienizadas. O amor, né? O amor. Entendeu? Dedicção. A gente vê carinho e por um lado positivo. Por outro lado a gente imagina será que está tudo perfeito mesmo? Será que está conseguindo suprir a as outras necessidade financeira dentro de casa? Entendeu? Aí fica uma incógnita né? Uma pergunta. E penso também que assim mesmo assim com veja a preocupação da pessoa que se com o outro né? E mesmo assim a gente teria muito mais força se fosse muito mais pessoas juntas até mesmo os nossos governantes ter um olhar mais, né? Próximo dessa comunidade, das comunidades aqui do Rio, né? Bem, tipo no início da pandemia minha mãe já fazia um projeto de distribuição de comidas só que com a pandemia a gente observou que as pessoas que faziam mesma coisa que era doação de quentinhas, pessoal de rua e tal parou de fazer porque tinha medo de estar se expondo. E aí tipo assim ela ficou muito nervosa porque ela tem diabetes então ela também é área do grupo de risco mas ela falou que não podia parar porque ela tinha muito medo e muita pena das pessoas porque está precisando e estavam passando necessidade e no momento que ainda estava mais difícil porque muita gente ia deixar de ajudar por conta do medo. E ela continuou fazendo as comidas, preparando pra fazer a distribuição. Então isso tudo aconteceu por causa disso, da necessidade, da fome que aumentou, da dificuldade das pessoas que trabalham, da dificuldade das pessoas com doação. Que no começo da pandemia melhorou muito. A gente sabe que a gente conseguiu também encarar a pandemia porque muita gente se pôs a ajudar o próximo. Só que foi uma coisa que também não durou muito tempo porque as pessoas não tinham muito recurso também pra ajudar foi ficando ruim pra todo mundo. Você não escutava ninguém falasse pô estou situação financeira de boa. Estou vivendo bem. Todo mundo começou a se queixar dos problemas financeiro ou porque ficou desempregado ou porque tinha emprego mas não podia trabalhar. Porque teve que procurar outras formas porque já não estava conseguindo trabalhar no que trabalhava antes e só aumentou a fome, a necessidade, a carência e isso. Na comunidade existe vários parceiros sociais existe e representantes da Mulheres da Paz existe no voz da comunidade, existe várias ONGs que se une, que se uniram nesse momento de pandemia que deu assim um refrigério a muitas família, várias famílias receberam cesta básica, receberam ajuda até mesmo de quem tava empregado. É produto de higiene também. A de receber álcool em gel, né? A gente também teve várias doações de respeito pra gente poder distribuir para as famílias da comunidade nesse pra onde tomar o cuidado, até sabonete, é xampu. A gente recebeu vários produtos. Tivemos essas doações. Tipo assim, o governo também nos ajudar. Se posicionar de uma forma que ele enxergasse as dificuldades da comunidade, as que todos nós passamos. Dos moradores de comunidade. Das pessoas que não tem em casa, das pessoas que vivem aí na rua e tal. Todas essas dificuldades que a gente sabe que temos mas já que eles não fazem a parte dele nós temos que fazer a nossa parte cada um ajudando acho que de uma forma as vezes a gente tem pouco

mas o pouco que a gente tem a gente de repente consegue dividir um próximo e é isso a uma mão segurando a outra pra tentar pra tentar passar por isso de uma forma mais suave.

**** *foto_4 *ubs_d

É a rádio tirei a foto da rádio comunitária. A rádio comunidade é show. Excelente parceiro pra levar informação. Sim. Quando o número de pessoas infectadas no primeiro momento da pandemia foi crescendo a Rádio Comunidade foi alertando nós levávamos os números e a rádio comunidade divulgava. Tendo muita gente não acreditava. Só foi acreditando quando ou pegava o vírus ou tinha alguém dentro de casa próximo que estava infectado. Que até então era jogo político. Era pra derrubar os políticos. Enfim, aí assim eles realmente foram muito parceiro nessa parte todas as informações eles buscavam levar até meu aumento que estava tendo aqui na clínica. A gente passava as informações referente assim teve que se mudar o fluxo da unidade né? A gente dividiu, a gente tinha acompanhamento que a gente teve que não parar de oferecer mas que a gente teve que oferecer com a menor frequência do que a gente ir focar mais no atendimento daquelas pessoas que vinham com sintomas. Com aqueles problemas todos pra que a gente não tivesse um número muito alto aqui de óbitos mesmo. Assim explicar pra eles que olha se você está com o seu remédio em dia se você assim era muita informações que se passava pra comunidade pra que elas não aglomerassem aqui dentro. Porque era o maior risco era aqui dentro da clínica nas unidades que atendiam as pessoas ficavam sintomáticas. Eu acho que eles dão mais crédito assim por ser a rádio falando, porque igual o pessoal falou, a gente passava a informação, só que era tudo muito novo uma correria, a gente tinha que tá sempre reforçando as coisas porque muitas pessoas não acreditava e a gente teve que trabalhar, fazer um trabalho de formiga e ficar batendo na tecla. Gente, da prevenção, de como se cuidar e usa máscara e não sei o que e a rádio reforçava isso muito, foi muito parceira com a gente nessa gente aqui, por exemplo, na pra gente subir, quando a gente tinha que fazer alguma coisa, porque teve uma época que a gente ficou restrito. Por questão de segurança nossa e deles mesmo. Vai que alguém positivo ia dizer que foi a gente que contaminou. Mas quando a gente subia não tinha nenhum morador de máscara. Dentro da comunidade um lugar que você vê que é uma casa insolada a outra ali deveria ser usado mas ele não tinha esse pensamento, mas aqui dentro da clínica poucos questionavam pedindo máscara. Quando não tinha eu esqueci, a gente dava. Aqui eles se ouviam que a gente tinha, porque a questão do vínculo também. Estão do vínculo ajudou muito e eles nos respeitar.

**** *foto_7 *ubs_d

Essas máscaras assim produzidas, na maioria das vezes por pessoas que estavam desempregada que confeccionaram de cores, modelo diferente pra atrair usuários ou compradores. Foi um atrativo e que ajudou na renda de muitas famílias também. Porque eu lembro que no início não sei se por omissão, negligência a gente não tinha tanto material disponível pra nos protegemos. E eu recebi de pessoas da comunidade eu recebi até de empresários voluntários equipamento. Já que o governo não cede toma aqui o equipamento pra você trabalhar. E fora os empresários tinha pessoas que tiravam do próprio bolso e fazia essas máscara, confeccionava e vendia à preço popular, distribuía. Tinha moradores que me distribuía essas máscaras. Já recebi várias. Logo no início passar na casa e a pessoa me dá, olha, essa aqui é pra você, cê tem filho? Ainda

dava pra mim, dá pro filho também. Então assim, a gente viu muito disso sim, na comunidade. Quando eles começarem a entender que a doença realmente estava aí, que estava é agravando e que estavam pessoas morrendo, eles se mobilizaram até uma forma de muitas idosas que é se sentirem úteis, produtivas em fazer essas máscaras e distribuir entre as crianças, a gente via muito disso. Como eu falei né? E essas aqui foi eu que fiz. Nesse período que a gente teve que fazer escala pra não tá todo mundo também dentro da unidade. Eu tive crise de ansiedade como eu tinha falado e aí eu ficava em casa sem ter o que fazer e passava muito mal. E aí eu peguei uma máquina velha que eu tinha lá e tentei. Eu nunca costurei na vida e comecei a costurar e fiz as máscaras. Aí foi quando no início eu doei duzentas máscaras depois o pessoal até gostou. Daqui da clínica muita gente comprou comigo depois aí eu comecei a fazer é a comprar tecido e fazer. Aí já não dava pra mim doar porque eu tinha que comprar. Mas foi tipo assim um refrigerio. Como o Júlio falou foi uma forma de renda na época pra muita gente. No meu caso me ajudou muito depois que eu comecei a vender também porque só eu trabalhando em casa, meu marido era entregador, então ele não trabalhava. No começo era de material odontológico, então as clínicas de odontologia fechou e ele não tinha trabalho e foi o que me ajudou também. Entendeu? Financeiramente. Fora que foi nossa proteção, o nosso escudo durante esse período todo, né? E pelo jeito não vai nos deixar tão cedo. E como que se relaciona com vocês e com comunidade? essa foto. Eu acho que como a Elza falou teve muita gente que doou né? Então tipo assim eles se preocupavam com a gente. Foi uma forma também meio de que de carinho deles para com a gente que estava na linha de frente. Muita gente veio aqui realmente trazer sacolas né? De máscaras prontas. por eles mesmo na comunidade como o Júlio falou empresa também né? Que se compareceu com o que a gente estava passando porque realmente era escasso a gente chegou a usar a máscara de pano que não era a recomendada pra gente que era profissional da área da saúde. Mas foi o que a gente tinha no momento então acho que foi uma forma também de troca tipo assim eles estão lá pela gente. Então a gente vamos dar um carinho vamos tentar proteger quem está ajudando. Acho que foi meio isso e eu achei bonitinho de uma moradora nossa que ela veio outro dia com a preocupação com a caixinha cheia de máscara no saquinho, cada um mais lindo que a outra. Ela veio procurou alguns profissionais aqui. Fulano está vivo? Cicrano está vivo? Assim é aquela preocupação de nós se nós não pegamos e se estivéssemos todos bem estamos aqui oh pra você, pra você. Não quero que nem aconteça nada com vocês. Trouxe aqui pra proteger vocês. E aquilo me surpreendeu. Às vezes a gente não imagina. Imagina. Ultrapassando o amor, do cuidado que eles têm com a gente. Não só a gente, com eles. Verdade. A moeda de troca. E muita das vezes a gente tá ali dando, dando, dando e esquece que pra aquela pessoa que tá lá entre aspas nos bastidores está preocupado com a gente. E a gente também é acostumado muito a ouvir assim as críticas sempre chegam. Tipo assim a gente não somos perfeitos o nosso trabalho não é o perfeito. A gente tenta fazer por um está agradando, então quando chega um carinho assim é um refrigerio. É uma forma de nos alavancar pra querer fazer o melhor pra querer trabalhar. Não que a gente precise disso. Tipo assim mas é sempre um incentivo. Agradável né? Muito as vezes uma massagem no ego igual acontece nos dá combustível pra continuar, não é verdade? Vamos no mundo que paguem isso aí é o SUS funcionando.

APÊNDICE N - ANÁLISE DOCUMENTAL

CÓDIGO DO DOUMENTO	TÍTULO	ESFERA DE GOVERNO	TEMÁTICA EXCLUSIVA SOBRE APS	Objetivos	Autoria	Data da primeira versão e edições posteriores
01	nota técnica nº1 de 2020	Municipal	não	orientar sobre adequações estruturais e nos processos de trabalho das policlínicas	Luciane campos Bragança (substituta eventual do subsecretário de promoção, atenção primária e vigilância em saúde) e heliana Barbosa de figueiredo (coordenação de policlínicas)	só a versão com a última atualização disponível datada do dia 24/03/20
02	NOTA TÉCNICA SMS-RJ Nº 02 DE 2020 COORDENADORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL	Municipal	não	orientar sobre o manejo odontológico das equipes de saúde bucal do município do RJ	Lucia Helena da Silva Ferreira Ancillotti (coordenadora técnica de saúde bucal) e Katlin Darlen Maia (?)	primeira versão 17/03/20
03	nota técnica Orientações sobre a prevenção e manejo da covid - 19 e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro	Municipal	sim	orientar sobre o manejo clínico, prevenção e reorganização dos serviços na aps	Ana Carolina da Cunha Barbosa – Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 5.2; Ana Luiza F. Rodrigues Caldas - Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 3.1; Ariadne de Oliveira e Sá - Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 3.3; Giovani Florencio Scarpelli Junior - Acadêmico UFRJ/Vice-Presidente LATES; Janaina Vianna Balmant – Enfermeira, Gerente da CF Felipe Cardoso – AP 3.1; Julia Radicetti de	não há informação de qual versão é e de qual é a data da primeira versão.

					Siqueira Paiva e Silva - Acadêmica UFRJ/Diretora LATES; Lucélia dos Santos Silva – Enfermeira, Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade da SMS Rio; Luiza Lobato Ilarri - Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 4.0; Matheus dos Santos Mantuano - Acadêmico UFRJ/Diretor LATES; Mariana Salustiano - Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 3.2; Paula Ferreira Brasil-Acadêmica UFRJ/diretora da LATES; Renato Cony Seródio – Médico de Família e Comunidade, Coordenador do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS Rio; Romina Carvalho Ferreira - Acadêmica UFRJ/Presidente LATES	
04	orientações de manejo e cuidado da saúde da criança e aleitamento materno durante a epidemia da covid-19	Municipal	sim	orientar sobre o manejo e cuidados de saúde da criança e aleitamento materno durante a epidemia	Fernanda Prudêncio (Gerência da área técnica saúde da criança e do adolescente) e Leonardo de Oliveira El-Warrack (Subsecretaria de promoção, atenção primária e vigilância em saúde)	não há informação de qual versão é e de qual é a data da primeira versão.
05	orientações quanto ao manejo de gestantes e puérperas	Municipal	sim	orientar quanto ao manejo de gestantes e puerperas	Fernanda Prudêncio (Gerência da área técnica saúde da criança e do adolescente) e Leonardo de Oliveira El-Warrack (Subsecretaria de promoção, atenção primária e vigilância em saúde)	não há informação de qual versão é e de qual é a data da primeira versão.
06	Orientações sobre a atividade do profissional de Educação Física do	Municipal	sim	orientar os profissionais de educação física nas academias	Junia Cardoso (Coordenadoria técnica Promoção de saúde) e Leonardo de Oliveira El-Warrack (Subsecretaria de	primeira versão 23/03/2020

	Programa Academia Carioca a partir das adequações estruturais nas Unidades de Atenção Primária (UAP) para abordagem profissional, prevenção e vigilância durante a pandemia de síndrome gripal (COVID-19) associada ao novo coronavírus (SARS-CoV-2).			cariocas e UAP na prevenção, manejo e vigilância nos casos de síndrome gripal relacionada a infecção pelo novo coronavírus	promoção, atenção primária e vigilância em saúde)	
07	Recomendações controle de tabagismo UAP	Municipal	sim	orientar sobre o tratamento e acompanhamento de pessoas do programa de tabagismo nas unidades de atenção primária	Junia Cardoso (Coordenadoria técnica Promoção de saúde) e Leonardo de Oliveira El-Warrack (Subsecretaria de promoção, atenção primária e vigilância em saúde)	primeira versão 31/03/2020
08	Recomendações doenças crônicas não transmissíveis na APS	Municipal	sim	orientar sobre o cuidado de pessoas com DCNT durante a pandemia		não há informação de qual versão é e de qual é a data da primeira versão.
09	recomendações práticas integrativas e complementares APS	Municipal	sim	orienta sobre as práticas integrativas e complementares na APS durante a	Claudia Ramos (Coordenação das Linhas de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis) Leonardo El-Warrack (subsecretário de promoção, atenção primária e vigilância em saúde)	Primeira versão porém sem data

				pandemia de COVID-19		
10	recomendações equipe de saúde bucal	Municipal	não	orientar sobre manejo odontológico para as equipes de saúde bucal no município durante a pandemia	Lucia Helena da Silva Ferreira Ancillotti(coordenadora técnica de saúde bucal) e Katlin Darlen Maia (?)	primeira versão 17/03/20
11	retomada saúde bucal	Municipal	não	orientar sobre a retomada nos serviços de saúde bucal nas UAPs durante a pandemia	Lucia Helena da Silva Ferreira Ancillotti(coordenadora técnica de saúde bucal) e Katlin Darlen Maia (?)	primeira versão 22/06/20
12	retomada saúde bucal	Municipal	não	orientar sobre a retomada nos serviços de saúde bucal nas UAPs durante a pandemia	Lucia Helena da Silva Ferreira Ancillotti(coordenadora técnica de saúde bucal) e Katlin Darlen Maia (?)	atualização da nota acima (16/07/20)
13	retomada saúde bucal	Municipal	não	orientar sobre a retomada nos serviços de saúde bucal nas UAPs durante a pandemia	Lucia Helena da Silva Ferreira Ancillotti(coordenadora técnica de saúde bucal) e Katlin Darlen Maia (?)	atualização da nota acima (29/10/20)
14	retomada saúde bucal	Municipal	não	orientar sobre a retomada nos serviços de saúde bucal nas UAPs durante a pandemia	Lucia Helena da Silva Ferreira Ancillotti(coordenadora técnica de saúde bucal) e Katlin Darlen Maia (?)	atualização 18/11/20

15	planos de contingencia na aps na pandemia de covid-19	Estadual	sim	orientar sobre diretrizes para implementação de planos de contingencias na APS na pandemia de covid-19	André Schmidt da Silva, Andréa Márcia de Oliveira Gomes, Anna Rigato Barbara Salvaterra, Camila Nóbrega, Cid Vieira, Cristialane Lima, Dayanne Lucena, Eduardo F. F. Lima, Isis Botelho, José Carlos Benfica, Josiane Medrado, Juliana Sobral, Katiana Teléfora, Letícia Bogado, Marcelle Carvalho, Maria Inez Padula, Márcia Alves, Nicole Rousseau Carvajal, Rebecca Cabral, Regina Varoto, Rita Teles, Roseli Cogliatti Marinho, Samara Milene da Silva, Sophia Rosa Benedito, Teodora Rufino, Thaís Severino da Silva, Thaís Yamamoto, Thalita Magdalena dos Santos, Vivian Studart, Hermano Castro (Fiocruz), Iandara Moura, Mário Sérgio Ribeiro, Rafael Cangemi Reis, Rafaela Tavares Peixoto, Suzete Henrique, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunidade, Associação de Medicina de Família e Comunidade do Estado do Rio de Janeiro (Amfac-RJ), Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro.	Versão 3 (não há data dessa versão e nem da primeira)
16	saúde da população negra frente a pandemia	Estadual	não	Orientar sobre o cuidado à população negra frente a pandemia no Estado do RJ	Secretaria de Estado de Saúde-Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde	primeira-unica
17	Orientações nasf-ab diante covid-19	Estadual	sim	orientar sobre as atividades do nasf-ab frente a pandemia	Alexandra Gomes, Eduardo Fernandes, Rita Teles, Sofia Collet, Thais Severino, Rebecca Cabral.	primeira- unica

18	informativo aps para gestores	Estadual	sim	nortear atividades da APS durante a pandemia para gestores		primeira-unica
19	Centro de triagem COVID-19	Estadual	Sim	nortear a implantação e atividade dos centros de testagem no âmbito da APS	Iandara de Moura Silva (subsecretária de gestão da atenção integral à saúde)	Primeira-unica
20	orientações para agentes comunitários	Estadual	Sim	orientar acs no enfrentamento da covid-19	Ana Caroline Medina e Silva de Almeida, Camila da Cunha Souza Nóbrega, Thaís Severino da Silva, - Dayanne Lucena, Josiane Medrado, Thais de Andrade Vidaurre Franco, Vivian Studart (Superintendência de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro), Denis Axelrud Saffer (Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro), Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini, Camila Furlanetti Borges, Cristiane Maria Toledo Massadar Morel, Dênis Roberto da Silva Petuco, Mariana Lima Nogueira, Glória Regina Carvalho (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz), Paula Fiorito (Assessoria de Comunicação, Design e Eventos), Clarissa Mello e Patricia Avolio, Miguel Gomes de Freitas (Assessoria de Comunicação, Design e Eventos).	Primeira- unica
21	manejo de pacientes pela aps	Estadual	Sim	orientar sobre o manejo clínico na aps	Carmen Veronica Sampaio Ribeiro da Silva, Ana Caroline Medina e Silva de Almeida, Thaís Severino da Silva	unica

					Rebecca Cabral de Figueirêdo Gomes Pereira.	
22	orientações para PICS durante a covid-19	Estadual	Não	orientar sobre pics na aps e centro de atividades integrativas no rj, durante a pandemia	Andrea Gomes, Cid Vieira, Roseli Cogliatti, Jacira Mello, Sulamita Rodrigues, Thais severino da Silva (subsecretaria de Gestão Integral à Saúde).	unica
23	Recomendações para atendimentos odontológicos na APS e nos centros de especialidades odontológicas dos municípios do estado do Rio de Janeiro, frente à pandemia do COVID-19.	Estadual	Não	orientar sobre atendimentos odontológicos durante a pandemia	Cesar Luiz Silva Junior, Cristina Tavares dos Santos, Regina Aparecida Varoto, Renata Costa Jorge	unica
24	Atualiza recomendações para atendimentos odontológicos na APS e nos centros de especialidades odontológicas dos municípios do estado do rio de janeiro, frente à pandemia do COVID-19.	Estadual	Não	reforçar a restrição de atendimentos odontologico durante a pandemia	Cesar Luiz Silva Junior, Cristina Tavares dos Santos, Regina Aparecida Varoto, Renata Costa Jorge e Thais Severino da silva	atualização - 01/06/20
25	10 Passos para atendimento odontológico nas unidades básicas de saúde	Estadual	Não	orientar sobre atendimentos odontológicos durante a pandemia	sem autoria	unica

26	recomendação para cuidado das pessoas dcnt na aps durante a pandemia covid-19	Municipal	Sim	orientar sobre o cuidad as pessoas com dcnt durante a pandemia	Claudia Ramos (Coordenação das Linhas de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis) Leonardo El-Warrack (subsecretario de promoção, atenção primária e vigilância em saúde)	unica
27	Recomendações da Área Técnica de Saúde das Crianças e Aleitamento Materno no COVID-19	Estadual	Não	orientar sobre a saude da criança e aleitamento materno durante a pandemia	Anna Francine Gonçalo Rigato Coordenadora da Área Técnica de Saúde das Crianças, Maria da Conceição Monteiro Salomão Coordenadora da Área Técnica de Aleitamento Materno.	unica
28	atenção a população de rua no território da aps durante a pandemia	Estadual	Sim	orientar sobre o cuidado a população em situação de rua	sem autoria	unica
29	7 passos para aps para enfrentamento da pandemiaAções de cuidado à saúde das pessoas idosas no contexto da pandemia da covid-19	Federal	Sim	orientar o enfrentamento da pandemia na rede de atenção à saúde	sem autoria	4ª edição (2021)
30	Ações de cuidado à saúde das pessoas idosas no contexto da pandemia da covid-19	Federal	Não	orientar ações de cuidado as pessoas idosas durante a pandemia	sem autoria	versão preliminar (maio 2021)
31	ações de assistência em saúde aos povos de comunidades tradicionais no contexto da pandemia	Federal	Não	orientar ações de saúde aos povos tradicionais durante a pandemia	Daniela de Carvalho Ribeiro, Raphael Câmara Medeiros Parente, Marcus Vinícius Barbosa Peixinho, Renata Maria de Oliveira Costa,Aline Ludmila Lemos de Jesus, Aline Ludmila Lemos de Jesus,Ana Luísa Lemos Serra,Caroline Maria Arantes de Moraes,Ciro Mesquita da Silva Braga,Daniela Ketlyn Coutinho Porto da	primeira edição

					<p>Souza, Diego Emilio Romero Rovaris, Graziela Mendes Medeiros, Jeniffer Dantas Ferreira, Joseneide Lima Nogueira, Ana Luísa Lemos Serra, Caroline Maria Arantes de Moraes, Ciro Mesquita da Silva Braga, Daniela Ketlyn Coutinho Porto da Souza, Diego Emilio Romero Rovaris, Graziela Mendes Medeiros, Jeniffer Dantas Ferreira, Nayara Rezende Amaral, Melquia da Cunha Lima, Marcia Helena Lea, Priscilla Rocha de Souza, Simone Costa Guadagnin, Paula Bittar, Júlio César de Carvalho e Silva, Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI Valéria Gameleira da Mota – Editora MS/CGDI Reinaldo Calvacanti Silvio Marcos Talita Cordeiro Tannira Bueno Missiaggia Joseneide Lima Nogueira</p>	
32	orientações gerais sobre atuação do ACS frente a pandemia de COVID-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS	Federal	Sim	orientar de forma geral atuação e registro dos ACS durante a pandemia	<p>Lucas Alexandre Pedebos (supervisor geral), João Geraldo de Oliveira Junior (coordenador técnico geral), Ana Claudia Cielo Igor Carvalho Gomes, João Geraldo de Oliveira Junior (elaboração), Alexandre Soares de Brito, Diogo Ferreira Gonçalves (diagramação)</p>	única
33	orientações para registro de cidadãos com síndrome gripal	Federal	Sim	orientar sobre registro de síndrome gripal	<p>Lucas Alexandre Pedebos (supervisor geral), João Geraldo de Oliveira Junior (coordenador técnico geral), Ana Claudia</p>	única

	no prontuario eletronico do cidadão (pec) e e-sus aps				Cielo Igor Carvalho Gomes, João Geraldo de Oliveira Junior (elaboração), Alexandre Soares de Brito, Diogo Ferreira Gonçalves (diagramação)	
34	NOTA TÉCNICA N° 20/2020- DESF/SAPS/MS	Federal		orientar sobre os centros comunitários durante a pandemia, no ambito da aps	Larissa Gabrielle Ramos (Diretora do Departamento de Saúde da Família- Substuto), Daniela de Carvalho Ribeiro (Secretária de Atenção Primária à Saúde- Substuto),	única
35	guia de orientações para atenção odontologica no contexto da covid-19	Federal		orientar sobre atenção odontologica durante a pandemia	Renata Maria de Oliveira Costa , Wellington Mendes Carvalho (Coordenação),Alessandra Figueiredo de Souza, Amanda Pinto Bandeira Rodrigues ,Alessandra Figueiredo de Souza, Amanda Pinto Bandeira Rodrigues de Sousa, Ana Beatriz de Souza Paes, Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos,André Ferreira Leite,Betina Suziellen Gomes da Silva,Caroline Martins José dos Santos,Carla Ruffeil Morreira Mesquista, Clara Ribeiro Bello dos Santos, Caroline Martins José dos Santos, Cleide Felicia de Mesquita Ribeiro, Daniela Pina Marques Tomazini, Eduardo Dickie de Castilhos,Élem Cristina Cruz Sampaio, Eliete Neves da Silva Guerra, Flávia Santos Oliveira de Paula, Heiko Thereza Santana, Juliana Amorim dos Santos, Laura Cristina Martins de Souza,Letícia Mello Bezinelli,Keller de Martini, Letycia Barros Gonçalves, Magda Machado de Miranda Costa, Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira, Mariana das Neves	preliminar

					San'tAnna Tunala Marcos Barbosa Pains Maximiliano Sérgio Cenci , Nilce Santos de Melo , Nicole Aimée Rodrigues José , Renato Taqueo Placeres Ishigame , Rogéria Cristina Calastro de Azevêdo , Sandra Cecilia Aires Cartaxo , Sumaia Cristine Coser , Suzeli Sampaio Porto ,Paulo Tadeu de Souza Figueiredo , Thais Mazzetti , Ana Beatriz de Souza Paes , Caroline Martins José dos Santos , Mariana das Neves Sant'Anna Tunala , Júlio César de Carvalho e Silva , Roosevelt Ribeiro Teixeira	
36	protocolo de manejo clinico do coronavirus (covid-19) na aps	Federal	Sim	orientar sobre o manejo do coronavirus clinico na aps	não há informação	versão 7

CONTINUAÇÃO EXTRAÇÃO DA ANÁLISE DOCUMENTAL

CÓDIGO DOCUMENTO	Aponta alguma vulnerabilidade dos estabelecimentos de saúde (estrutural, não estrutural e funcional)?	Aponta alguma vulnerabilidade (ambiental, social e de saúde?)	Aponta reorganização?	Gestão política (contexto)	Dados de experiências anteriores (lições aprendidas)	Indica a implementação de alguma das tecnologias sociais?	url
01	aponta vulnerabilidade funcional devido a crise sanitária	aponta apenas a vulnerabilidade de saúde devido a crise sanitária causada pela pandemia do covid-19	sim. reorganização em razão da crise sanitária podendo ter realocacao se profissionais e sobre adequações estruturais.	CRIVELL A	não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/4b27a2f7-29c4-4e38-9c6f-741c3929e568
02	não	saúde devido ao atendimento de curta	sim. Aponta reorganização nos	CRIVELL A	não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents

		distância em saúde bucal e os riscos do profissional ser infectado pelo novo coronavírus.	processos de trabalho das equipes de saúde bucal da esf e atenção básica tradicional.				/73801/5f202e44-9d12-4a81-8628-40b79858b290
03	não	vulnerabilidade social, principalmente referente a prescrição de antigripais que não são disponibilizados na remune, sobre isolamento social devido aos comodinhos nos domicílios (neste caso aponta o documento "orientações para favelas e periferias").	Sim. Aponta reorganização em relação ao estabelecimento (não estrutural - equipamentos médicos- e funcionais - processos de trabalho)	CRIVELL A	não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/3e094d06-3be6-42d2-9995-e3c6a17384ff
04	não	vulnerabilidade de saúde do risco de infecção pelo sars-cov-2 de mãe para bebê durante amamentação.	reorganização dos fluxos relacionados a linha de cuidado de puericultura	CRIVELL A	não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/a4e8e398-284c-47de-9e1a-4543bb79368d
05	não	vulnerabilidade relacionada ao risco de infecção de gestante e puerpera	Sim. Aponta a suspensão de visitas no cegonha carioca.	CRIVELL A	não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/669215c1-c14e-483a-8e97-be4727df0569
06	não	vulnerabilidade relacionada ao risco de infecção de grupos de risco da academia carioca	Sim. Aponta suspensão de atividades coletivas.	CRIVELL A	não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/7843a942-7005-4599-

							9692-bef2c71a0bcc
07	não	vulnerabilidade de saúde devido ao risco de sindro do desconforto respiratorio e srag em fumantes		CRIVELL A	não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/49388369-c77d-4753-8755-8fa1623ca343
08	não	Sim. Vulnerabilidade de saúde e social.	Sim. Aponta suspensão das consultas agendadas e grupos	CRIVELL A	não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/9dcec76d-ae14-4a02-a964-b71337e93063
09	não	Não.	Sim. Aponta suspensão das consultas agendadas e grupos	CRIVELL A	Não	fitoterapia?	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/c33e6101-7023-4752-8b64-f901b230619e
10	não	Não.	Sim. Aponta suspensão das consultas agendadas, grupos e realização de teleatendimento	CRIVELL A	Não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/957ef656-da6c-40da-9d16-4791abc2c6b0
11	não	sim. Vulnerabilidade de saúde e social.	Sim. Aponta suspensão das consultas agendadas, grupos e realização de teleatendimento	CRIVELL A	Não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/a0ece18a-0b50-42ed-b467-6f062a2f3808
12	não	sim. Vulnerabilidade de saúde e social.	Sim. Aponta suspensão das consultas agendadas, grupos e realização de teleatendimento	CRIVELL A	Não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/3f7abb4d-98a4-4f7d-93d3-c50f1bcfa554

13	não	sim. Vulnerabilidade de saúde e social.	Sim. Aponta suspensão das consultas agendadas, grupos e realização de teleatendimento	CRIVELL A	Não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/0f4c5383-c4d2-46fd-843f-ab4447f2fe4d
14	não	sim. Vulnerabilidade de saúde e social.	Sim. Aponta suspensão das consultas agendadas, grupos e realização de teleatendimento	CRIVELL A	Não	não	http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/9490ebdc-6021-400e-ac3f-a8fed74c893a
15	não	sim. Vulnerabilidade de saúde e social.	Sim. Aponta suspensão de demandas programadas, visitas domiciliares e grupos.	claudio castro/witz el		Sim. Rádio comunitária, carros de som e "mascaras caseiras"(fala sobre a importancia de usar falando da proteção, como desenvolver com quais tecidos, cuidados e a iniciativa da sociedade "mascara para todos").	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzE4Mzk%2C
16	não	Sim. A vulnerabilidade da população negra (desigualdade e prevalencia de comorbidades)	não	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI1MjA%2C
17	não	sim. Vulnerabilidade de saúde e social.	Sim. Aponta sobre suspensão dos grupos e aborda o teleatendimento.	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarA

							rquivo.php?C=MzIIMjA%2C
18	Sim. Funcional (reorganização de epis e outros equipamentos médicos, além de fluxos)	Não.	Sim. Aponta sobre a reorganização do ambiente.	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzE5ODc%2C
19	Sim. Estrutural por estar anexo a unidade, não estrutural e funcional.	Sim. Vulnerabilidade de saúde.	Sim. Fala sobre a organização de um ct anexo a uap.	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzE5ODg%2C
20	não	sim. Vulnerabilidade de saúde e social. Inclusive aborda estratégia de comunicação com a comunidade	Não	claudio castro/witz el	não	Sim. Rádio comunitária, carros de som e "mascaras caseiras"(fala sobre a importancia de usar falando da proteção, como desenvolver com quais tecidos, cuidados e a iniciativa da sociedade "mascara para todos").	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzE5OTI%2C
21	não	Sim. Aponta indiretamente a vulnerabilidade de saúde	Não	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzE5OTM%2C

22	não	Sim. Saúde.	não	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/noticias-saps/2020/06/orientacoes-para-pics-diante-da-covid-19
23	não	Sim. Saúde.	não	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI1MzQ%2C
24	não	Não.	não	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI1MzU%2C
25	não	Não.	não	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI1NDE%2C
26	não	Sim. Vulnerabilidade de saúde	Sim. Aponta suspensão de demandas programadas, visitas domiciliares e grupos.	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI1NDU%2C
27	não	Sim. Vulnerabilidade a saúde.	Sim. Aponta a suspensão de consultas agendadas.	claudio castro/witz el	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI1NDY%2C

28	não	Sim. Vulnerabilidade social e de saúde.	Não	claudio castro/witzel	não	não	https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/noticias-saps/2020/04/atencao-a-populacao-em-situacao-de-rua-no-territorio-da-aps-e-covid-19
29	não	Sim De saúde	Sim. Superficialmente sobre priorizar demanda programada.	Bolsonaro	não	não	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/7passos_vweb.pdf
30	não	Sim. de saúde e biopsicossocial	Não	Bolsonaro	não	não	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/acoescuidadesaudeaspessoadidosascovid19.pdf
31	não	Sim. Social e de saúde. (fala sobre saneamento)	Sim. Superficialmente sobre priorizar demanda programada.	Bolsonaro	não	não	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/acoessistenciaipovoscomunidadestradicionais.pdf
32	não	Não.	Sim. Sobre uso de epis em vds e não entrar nas residencias.	Bolsonaro	não	não	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Orientacoes_ACS_COVID_19.pdf

33	não	Sim. De saúde.	Não	Bolsonaro	não	não	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/orientacoes_registro_sindrome_gripal_pec.pdf
34	não	Sim. Biopsicossocial	a propria implantação do centro comunitário é uma reorganização. Visto que esse centro foi previsto para ser implantado em areas de comunidades/favelas podendo ser na propria ubs ou em equipamentos sociais (governamentais ou não).	Bolsonaro	não	não	https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200618_N_SEIMS-0015297206-NotaTecnica-CentroComunitario_1271667099032117333.pdf
35	não	Sim. de saúde.	reorganização das atividades do dentista	Bolsonaro	não	não	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_orientacoes_atencao_odontologica_covid.pdf
36	não	Sim. De saúde	Não	Bolsonaro	não	não	https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf

APÊNDICE O – CORPUS TEXTUAL ENTREVISTAS

****part_1*perg_1*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_1

Totalmente vulnerável em relação a estrutura. Porque eu acho que nenhuma unidade de saúde tinha infraestrutura para pandemia. Acabou que a gente deu um jeito. Por exemplo, lá na ubc b os atendimentos estavam sendo numa área que não era pra atendimento. Então a população fica vulnerável a isso, porque acaba que a gente dá sempre um jeitinho mas não é o ideal. Tanto que os pacientes estavam em pé, num lugar aberto, ficava na academia, num local que não tinha cadeira, não era um local pra absorver a quantidade de atendimento que acabou tendo devido a pandemia. Então eu acho que tanto estrutural quanto não estrutural. Porque acabou que os pacientes também não tinham que parar de trabalhar devido a pandemia. Sobre vulnerabilidade ambiental, acho que assim, que acaba que a pandemia gerou também muito lixo de máscara, de luva, muito mais resíduo que não teria se fosse a pandemia. E isso tudo vai impactar. Naquela comunidade de que ele mora ficou tudo poluído de máscara e teve muito mais resíduo na pandemia do que teria se não fosse na pandemia. E de saúde. Muita gente morreu.

****part_1*perg_2*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_1

Não tem. Eu acho que não tem pra todas. A estrutural acho que a unidade tinha que dar conta. Não tinha jeito, mas teve que dar conta. A social eu acho que a unidade não tem, não consegue dar conta, porque isso vai muito do indivíduo. Acaba que a gente não tem como acolher essa demanda. A ambiental da mesma forma, acho que eu só não sei que o papel ia ser orientar. E a de saúde a gente consegue absorver atendendo, trazendo mais saúde e cuidado pra população. Mas as outras acabam com a qualidade não consegue interferir muito.

****part_1*perg_3*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_1

Na unidade b tivemos que comprar cesta básica para população. Tinha muita gente que ficou desempregada, muita gente mesmo. Às vezes o paciente ia pra unidade, não era pro atendimento. Era porque não tinha o que comer, isso aconteceu muito lá na unidade b. Não sei se é porque atendemos o abrigo, então acaba que as pessoas já que recorriam ao CRAS, e o CRAS acabava que tinha alguma questão de saúde e nos encaminhava de volta. Absorvíamos também a pessoa por não ter o que comer, não ter dinheiro pra nada porque perdeu ou trabalho na pandemia ou fazia bico aqui na pandemia. Nos juntamos e compramos muita cesta básica. Dividimos e distribuímos para população, e fizemos vaquinha também pra comprar gás pra algumas famílias.

****part_1*perg_4*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_2

Sim, com certeza. Tanto que tivemos que nos preparar na unidade, fazer um mini hospital. Que não tem como. A gente teve que minimamente fazer o setor ali de atendimento pra emergência e urgência, tanto banho de oxigênio, deixar o mala de emergência pronta, o desfibrilador carregado. Então tinha essa orientação de deixar a sala mais preparada possível pra atender uma emergência. No caso isso deveria ser direcionado somente ao hospital, mas como o hospital estava sobrecarregado a gente

absorveu também essa emergência essa demanda emergencial que deveria ser hospitalar. Então com certeza.

****part_1*perg_5*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_2

Mudou o acolhimento. Antes o acolhimento era feito pelo ACS. No meio da pandemia o acolhimento foi feito pela equipe técnica, de manhã um médico, e à tarde um enfermeiro. Ele direcionava os pacientes que seriam atendidos na demanda como a gente estava com da agenda e diminuição da demanda pra conseguir dar conta dos casos de síndrome gripal. O médico fazia como se fosse uma classificação de risco mesmo. Do que seria atendido, do que voltaria em outro momento, do que não seria atendido naquele dia. Então o acolhimento, a gente tinha a equipe de resposta rápida. Começava com a equipe de odonto que ficava lá na frente perguntando o paciente que passava na unidade se era síndrome gripal e direcionava aquele paciente do covid. Então antes mesmo de chegar no acolhimento tinha essa primeira recepção pelo odonto. Ai dentro da unidade o que foi separado. Separamos um setor todo para atender a síndrome gripal que era separado, a gente isolou uma lateral da unidade. Com fita, pra isolamento e deixou cinco consultórios só pra equipe de resposta rápida que era um pra atendimento, um pra observação, um pro técnico fazer o primeiro acolhimento, sinais vitais, um pra tagagem e um pra sala de puff. Então isso mudou completamente a configuração da unidade. A sala de puff era a sala de eletro, o eletro foi pra outra sala, essa sala que é fazer o atendimento era sala do idoso onde tinha os grupos. Os grupos foram cancelados tinha consultório que a gente usava pra atendimento foi redirecionado à covid.

****part_1*perg_5.1*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_2

As linhas de cuidado foram suspensas, hipertensão e diabetes. Então na verdade a gente só estava atendendo os pacientes que realmente estavam descompensados. Os pacientes que eram só pra renovar a receita. O médico que estava no acolhimento fazendo uma espécie de triagem e ele renovava no acolhimento, para não entrar a demanda. E a linha de gestante, tuberculose continuou normalmente. Hanseníase continuava normalmente, e puericultura. Seguimos a orientação do ministério de saúde que era até um ano. Mas vimos que não estávamos dando conta e botamos até seis meses, e um ano espaçando mais a consulta do que deveria. Então a consulta a criança era pra voltar em um mês, e estava voltando em dois meses.

****part_1*perg_5.2*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_2

Entrava só a demanda aguda que deveria ser atendida na hora. Acabava que entrava demanda, algumas demandas que não precisavam ser absorvidas. Mas acabava que a gente absorvia um pouco. O médico que estava lá na frente, conseguia atender lá na frente. Então tipo renovação de anticoncepcional, que não é uma demanda grave, mas a gente estava fazendo. Mas às vezes tinha encaminhamento pra SISREG ou um médico que está lá colocando lá da frente e aí dependia se tivesse um dia que tinha mais médico e mais enfermeiro. E por mais que tivesse muito caso de síndrome gripal e tivesse mais

gente pra atender e flexibilizar. Flexibilizava mais e aí entrava mais coisa. Então dependia o atendimento do dia e de quantos profissionais a gente tinha.

****part_1*perg_5.3*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_2

Na covid_19 a gente usava muito mais luva do que a gente usou a vida inteira. Então a gente não recebia material específico pra covid. A gente continuava recebendo o mesmo quantitativo e usando dez vezes mais. Então a gente começou a usar as luvas do laboratório que a gente recebia. Eu comecei a aumentar o pedido do laboratório e conseguir a de unidade policlínica. Então a policlínica começou a dispensar para as unidades também. Mas o foi o insumo que veio a mais: N95, máscara cirúrgica, mas o que veio além foi capote. A gente recebeu muito mais insumo de capote de avental. O capote às vezes a gente usava pra a gente. Usava o avental. Isso teve o a mudança de entrega de insumo.

****part_1*perg_6*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_2

O que foi possível ser feito foi o atendimento de todos os casos de síndrome gripal que chegaram. Que chegasse cem a gente atendia cem, se chegasse duzentos a gente atendia a duzentos. O que não foi possível eu acho que colocar um local adequado pra atender essas pessoas todas. Na verdade deveria ter mais salas que não era possível um ambiente adequado para as pessoas, para as cem pessoas aguardarem atendimento ali. Acabou que eles ficavam na área que é da Academia Carioca mas que o toldo estava caindo então...

****part_1*perg_7*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_2

Então, acho que a unidade continua não estando preparada pra pandemia, pra curto e pra nada. Eu acho que não. Continua dando jeito. Mas eu acho que isso seria uma adequação mais da prefeitura, do município do que da unidade. Acho que agora a gente consegue ver que a gente reformulando a escala, a gente dá conta. São coisas que estão no nosso alcance, mas o que deveria mudar mesmo são coisas que não estão ao nosso alcance.

****part_1*perg_8*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_3

Acho que foi efetiva a comunicação. Porque eles lançavam a nota técnica que era o que a gente seguia. E a nota técnica era de acordo da prefeitura, era de acordo com o Ministério da Saúde, eu acho que todo mundo acabou que falava uma língua só. Tanto na esfera estadual quanto na municipal. Eu acho que foi eficaz na pandemia. Então acho que sim. Porque tudo que eles divulgavam na TV. Estava sendo seguido e eu acho que eles orientaram bem a população que ficava decidido de tal coisa usar máscara. Acho que foi bem informado na tv.

****part_1*perg_9*ida_1*rio_1*etu_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_3

Na unidade a gente não tinha uma sala de espera mas a gente tinha esse posso ajudar e orientava todo mundo. E acabava que os ACS também disseminavam essa informação. O que tava sendo atendido, do que não estava, do que era pra ir pra unidade, o que era

pra ir pra emergência. Então acabava que eu acho que a informação conseguia ser disseminada sim.

*****part_1*perg_10*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_3

Acho que há o distanciamento_social na unidade. Acho que enfatizar o isolamento_social, as medidas de controle da pandemia, a orientação do paciente. O que deveria ou não estar fazendo.

*****part_1*perg_11*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_3

As lições_aprendidas é que a gente conseguiu dar conta das coisas. E que lição_aprendida que eu acho que a gente como uma unidade unida, que a gente consegue dar conta. Eu acho que a gente teve que se unir pra dar conta dos atendimentos que eram absurdos. Organizar. Eu acho que organização de escala para funcionar unidade redondinha, para gente dar conta. A organização mesmo da unidade. Eu acho que isso vai ficar para vida. Acho que tinha muita coisa que não era amarradinha e na pandemia a gente teve que amarrar pra justamente não ter furo. Acho que só.

*****part_1*perg_12*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_4

Máscaras_de_pano. Então, lá na unidade é isso relação a unidade_b. Lá na unidade no começo a gente não estava recebendo máscara_cirúrgica pra distribuir pra todos os profissionais. Então na verdade a orientação é de cada um tivesse sua máscara_de_pano. Então eu mandei fazer uma pra cada funcionário. Por conta própria. E depois a gente atende o abrigo e a gente conseguiu também doação de sei lá quinhentas máscaras_de_pano pro abrigo. E acabava que a gente também tinha um estoque pra que chegasse algum paciente que não tivesse mais que não tivesse que comprar a gente daria pra ele conseguir acessar a unidade. A Pandemia inteira (por quanto tempo). Foi no início da pandemia. Logo que foi obrigatório o uso de máscara no início da implementação.

*****part_1*perg_13*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_4

Acho que precisa ter, porque a população acaba que é muito mais vulnerável. E às vezes é a população não tem o recurso pra aquilo. Então arruma um jeito pra se resguardar e ter cuidado. E conseguir passar por aquilo também.

*****part_1*perg_14*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_5

Um é recurso_humano porque faltava. A unidade_b é uma unidade com residência mas mesmo assim tinha dia que não tinha RH o suficiente pra estar em todos os setores. Porque aí aumentou mais covid. O acolhimento da covid, testagem da covid, paciente grave da covid. E acabou que sobrecarregou todos os profissionais. Então acho que o principal foi conseguir organizar o RH que tinha pra dar conta. O segundo foi acho que

o insumo. Foi uma dificuldade porque faltava luva todo dia. Então todo dia era uma luva pra ir atrás de luva, capote não faltava, máscara não faltava. Mas eu acho que gerenciar os insumos foi difícil porque papel faltou A, quatro faltou a pandemia inteira e não tinha como pedir para outra ubi. Pelo menos lá na ubi_b os médicos e eu, a gente comprou. Mas teve unidade que eu soube que se recusou atender porque não tinha papel no meio de uma pandemia. Eu acho que administrar a falta de insumo foi difícil e gerenciar profissionais doentes. Porque toda hora adoecia um. Dos que não adoeciam, estavam completamente sobrecarregados. Então assim, qualquer mini demanda que era a mais, era difícil pedir pro profissional. Que ele já estava mais do que o limite da capacidade deles. E acabava que sempre chegava uma demanda nova ou relacionada a pandemia ou não. Por exemplo, o abrigo, todos os casos de sintoma_gripal do abrigo, eles eram transferidos pra outro abrigo. Então, às vezes no dia tinha dezessete idosos com síndrome_gripal. O médico tinha que atender os dezessete idosos, fazer o laudo dos dezessete pra ele ser transferido no mesmo dia pra outro abrigo. Então se ele não atendesse naquele dia eles não seriam transferidos. E no abrigo eles não poderiam ficar com síndrome_gripal. Além dos cem casos de síndrome_gripal eu tinha que encaixar dezessete doses.

*****part_1*perg_15*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_5

Eu acho que a gente não conseguiu fazer mais a prevenção de muitas coisas. Nós realmente deixáramos de lado muita linha_de_cuidado, hipertenso, diabético. Não conseguimos dar conta nesse período prevenção de outras coisas. Por exemplo, agora é um surto de gripe que era pra ter sido há um ano atrás. Todo mundo tomando a vacina. E acabou que todo mundo esqueceu e ninguém tomou vacina. Acho que a gente não conseguiu focar. Acho que também não seria humanamente possível em outras coisas que poderiam acontecer se a gente não fizesse a prevenção naquele momento de caos. Por exemplo a gripe. Acabou que a gente não focou tanto na vacinação de gripe.

*****part_1*perg_15.1*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_5

Os fluxos foram reorganizados. Priorizamos as linhas_de_cuidado e as visitas domiciliares foram suspensas ou priorizadas.

*****part_1*perg_15.2*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_5

Então a coordenação_do_cuidado com algumas especialidades ficou suspensa devido a pandemia. A realização de ressonância foi suspensa, algumas especialidades foram suspensas, de reumatologia foi suspensa, neurologia foi suspensa. Ficou só realmente atenção_secundária dos casos que não davam pra ser botados em outro momento. Então deu uma pausa nesse período.

*****part_1*perg_15.3*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_5

Os grupos foram suspensos as VDs foram suspensas só continua só em gestante em tuberculoso mais o repertório só.

*****part_1*perg_15.4*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_5

A gente teve muito apoio do CRAS e do CREAS. Eu acho que nesse período de pandemia. Até porque a gente atendeu. Abriu então a gente precisou muito. O conselho_tutelar também a gente precisou muito na época de pandemia. A gente conseguiu é ter mais casos de vulnerabilidade, mais evidente pra gente. E então a gente conseguiu muita parceria com o conselho_tutelar. O CAPS e o CAPSi e a gente também conseguiu muito e acabou que como a gente só focou nas demandas mais urgentes. Então a gente já colheu mais de descompensados. Assim, então a gente conseguiu dar mais suporte pra essas pessoas que acaba que numa agenda lotada a gente não conseguiria dar tanta atenção. E como estava restringido só pra aqueles pacientes que realmente era descompensados ou que precisava de uma demanda mais urgente, e conseguiu dar conta.

*****part_1*perg_15.5*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_5

A gente teve mais um técnico, recebeu mais um técnico que seria pra vacina. Então a unidade que tinha recebeu mais um técnico. A gente já recebia bolsistas, mas aí acabou que eles redirecionaram os bolsistas para as unidades que tinham mais atendimento de síndrome_gripal. Como assim fizeram é uma unidade grande. A gente recebeu bastante acadêmico que deu também muito suporte, tanto na vacinação quanto no atendimento. Os bolsistas não podiam ficar diretamente com covid mas acabava que eles davam conta junto com o técnico ou enfermeiro em outro setores que poderiam ficar descobertos, pro enfermeiro ir lá pra covid. Então ajudou.

*****part_1*perg_15.6*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_5

Tudo. Porque a vigilância a gente precisava fazer o perfil epidemiológico de uma nova doença que era o covid. Então notificar os casos graves de síndrome_gripal, acompanhamento de planilha. A gente não tinha de fazer o perfil epidemiológico e testar todo mundo.

*****part_1*perg_16*ida_1*rio_1*etni_3*gen_1*ubs_b*ubs_1*especi_1*tema_5

Tem a sala_de_puff que nunca existiu na unidade. Era a sala para atendimento. Tem a sala de teste de covid que também não existia na unidade. E tem duas observações, uma pra covid e outra pra atendimento normal. E essa observação preparada pra dar o maior suporte possível ao paciente descompensado, devido ao covid.

**** *part_2 *perg_1 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_1

Na unidade_c das seis equipes, a gente tinha três equipes que realmente existiam grandes riscos por conta de infraestrutura, principalmente. A gente via jogando a céu aberto, a gente via as casas muito aglomeradas, os conglomerados urbanos. A gente via a questão da água, esgoto. Tá sem água, fonte de água também, fornecimento de água irregular. E como essa população veio migrando da região nordeste. São muitas pessoas com nível de escolaridade muito baixo, acesso muito ruim a informação. Existe um problema grande até de sinal de internet e telefonia. Então tudo isso gera risco. A gente tinha na verdade cinquenta por cento da unidade muito vulnerável. E os outros cinquenta por cento, tinha áreas onde a gente conseguia identificar uma infraestrutura melhor casa de alvenaria, um poder aquisitivo também. A remuneração dessas famílias, noventa por cento do nosso Bolsa Família eram dessas três equipes. Então assim, muitas pessoas do beneficiaram do programa, em extrema pobreza com vínculo empregatício inexistente. Não tinha uma carteira assinada, trabalhava por meios próprios. Então assim, a fonte de renda era somente esse benefício. E muitos perderam o benefício, que a gente sabe que houve uma reformulação. Uma reavaliação desses cadastros e muitas famílias perderam nesse momento. Então juntando tudo isso, toda essa não só a questão de serviços, também que a gente sabe que tem a questão do tráfico. Que até os serviços pra chegarem lá a gente sabia que é difícil na questão de venda de gás, a internet tudo isso você tem que pagar. E nem todo mundo tinha condição de pagar. Então é transporte também só é feito de mototáxi. Então assim até pra gente chegar também, a gente tinha uma certa dificuldade. Tinha que ter um acordo. Assim avisar que vai subir em determinados locais, e são sempre os locais mais vulneráveis pela presença do tráfico, também da violência. Dificultava bastante, então não só essa questão de infraestrutura mas de serviços também. Então saúde chegar em dia que tinha conflito a gente subir alguns serviços a gente não consegue levar tipo raio X, ultrassom e conseguia levar médico. Mas aí precisava de um diagnóstico, precisava de um exame complementar. A gente sabia da dificuldade dessa pessoa de descer de poder pagar uma condução. Nem todo mundo pode pagar e arcar com esse transporte. Enfim, então acho que basicamente na unidade_c, cinquenta por cento da área de abrangência da unidade. Tinha essas questões muito mais fortes do que as outras três equipes.

**** *part_2 *perg_2 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_1

Bom estrutural como eu falei a gente remanejou algumas salas na medida que houve alguma necessidade. Sem ar condicionado a gente não chegou a ficar. Então quando tinha alguma coisa em alguma sala, a gente conseguia remanejar. Nenhum profissional ficou em risco por conta da estrutura. Então a unidade tinha uma boa capacidade estrutural. Em relação a comunidade, essa questão dentro da comunidade aí a nossa resposta era o acesso mais seguro, pra questão da violência. E o que assim, uma das coisas faltaram que a gente não recebeu no principalmente o período de início pandemia foi o uniforme para os agentes. Tênis, pra poder transitar no território. Isso ficou realmente pendente e traz um risco, porque a gente tinha esgoto. Precisava de uma proteção aí que os acessos realmente tiveram uma diminuída. Mas os enfermeiros

receberam jaleco, e os equipamentos de proteção necessários. E agora na comunidade a violência, já tinha acesso mais seguro que a gente se comunicava pra suspender visita, ou pra avisar de alguma movimentação suspeita no território. Para eles podermos se abrigar com segurança. As pessoas dentro da comunidade que também dava as informações, se era seguro subir, fazia toda a interface com o tráfico avisando que haveria conflito. Pessoas circulando no território pra fazer visita, acompanhamento. Então em relação a violência, a gente tinha esse suporte. E em relação ao risco biológico que a gente tinha profissionais treinados pra fazer o primeiro atendimento, a medicação necessária pra fazer a intervenção que fosse, dependendo de algum tipo de acidente. Suporte de exames, suporte de médico do trabalho, se preciso era feito o relatório de acidente de trabalho. Então esse relatório era feito. A gente tinha todo um fluxo pra enviar isso. Tinha as medicações e o acompanhamento depois seguimentos, as sorologias, a consulta médica, não só na unidade como também pela empresa.

**** *part_2 *perg_3 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_1

Então, a comunidade, ela tem uma associação de moradores que é bem articulada. Revindica muito a subprefeitura, melhoria do saneamento, fornecimento de água, luz. Existe um diálogo também com o tráfico, mas a gente sabe que nem sempre esse diálogo a comunidade de fato consegue ter voz. Que eles acabam fazendo na verdade uma lei paralela. Então com tráfico, apesar de ter alguma comunicação, a gente sabe que nem sempre. Então muitas vezes a população se sentiu oprimida pelo tráfico. Sendo que as vezes tinham que guardar a arma, deixando-os se esconderem em laje durante as incursões policiais. Mas com a subprefeitura eu sempre percebia uma boa relação. Então assim quando o esgoto entupia a CEDAE subia. Quando ficava sem luz a light subia. Então existia essa organização. Em relação a construção das casas já não. E poder público que deveria fiscalizar. Muitas casas deveriam até ser interditadas, porque foram construídas de maneira totalmente irregular, sem um engenheiro, sem nenhum planejamento. Na verdade quem deveria fazer essa organização era associação mas aí mais mediante alguma reclamação de vizinho. Ele vai botar a janela dele aqui ou enfim essa laje é minha eu quero que construa ou se fosse algum ponto estratégico do tráfico que dificultasse a visualização deles. Aí isso na verdade quem dominava era a prefeitura, que de fato não subia pra fazer esse tipo de intervenção. Em relação à saúde é isso. Como a gente não consegue levar alguns serviços, eles acabam tendo mais dificuldades de exames complementares, o diagnóstico. Muitas vezes a saúde não pode subir porquê está em confronto. E também a dificuldade de locação de profissionais pra essas áreas. Assim, o enfermeiro nem tanto, mas médico principalmente, quando chegava na unidade que a gente dizia: olha, é a equipe que vai cobrir o dandê. O dandê tem uma grande fama, uma repercussão aí. Não só do município acho que nacional. Todo mundo sabe o que é o Morro do Dandê. Então muitas vezes essa equipe foi a que mais sofreu por locação de médico. Foi a que mais teve vacância. Então muitas vezes a gente tinha o enfermeiro mas a gente precisava deslocar de outra equipe. Que isso era muito mais difícil. Então a saúde também não conseguia de fato estar plenamente no território, por conta de todas as questões que eu já falei pra você.

**** *part_2 *perg_4 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_2

Olha, eu acho que a assistência à pandemia não supriu nem hospitalar. Porque a gente demorou muito abrir os polos de pra internação, vagas de CTI, UTI enfim. A atenção primária acho que foi a que mais sofreu sem dúvida porque a gente não tinha o básico que era pra fazer a testagem. Começar a separar os positivos. Quem realmente era covid quem não era. Então a gente perdeu muito tempo atendendo no escuro, sem saber o que era aquilo. Porque síndrome gripal é muito amplo. Assim, são sintomas muito inespecíficos, vamos dizer assim, para você poder dizer que é covid ou não. Então a gente perdeu muito tempo. No início, até a questão de aferir que sinais a gente ia ferir daquela pessoa. Essa questão da saturação, isso tudo foi aos poucos. Os protocolos foram chegando muito rápido e a reformulação deles também. Então eu acho que atenção primária sofreu mais porque não tinha, por exemplo, do seu escopo de fornecimento de materiais. A gente não tinha cateter nasal. A gente recebia um outro tipo de material que liberava muito aerosol. E aí não era o indicado porque aí a gente contaminava o ambiente. Então oxímetro não era uma coisa fornecida pela instituição. Cada um tinha a sua lanterna. Termômetro digital, nós não tínhamos isso o de infravermelho na verdade. A gente não tinha isso. Então a gente acabou em alguns momentos tendo muita dificuldade de assistir essas pessoas, e sem saber que realmente aquilo era necessário. Então até esse equipamento chegar, teve um desgaste maior. Porque a gente tinha que se fazer a desinfecção, tinha todo o cuidado pra não fazer infecção cruzada. Então acho que para gente demorou mais porque a gente não tinha na grade esses insumos. E aí até remanejava dos hospitais alguns materiais. Capote a gente não tinha capote suficiente pra todo mundo. Então a gente teve que delimitar quem faria assistência dentro do covid. A própria delimitação do fluxo de entrada. Por onde esse paciente vai entrar. Ter que mudar, ter uma farmácia dentro do covid, para ele não ter ir à farmácia pra pegar os medicamentos que fossem necessários medicamentos pra febre. Até o fornecimento de medicamentos também a gente teve que aumentar a solicitação. Muita gente com febre. Soro fisiológico a gente precisou muito pra dar conta dos sintomas. Então tudo isso pra gente, eu acho que demorou mais. Eu acho que o hospital estava mais preparado pra atender os casos de covid do que a atenção primária. E existia mais protocolos. Porque se fosse o caso pra intubação o que não tinha era muito leito de UTI. Tiveram que criar esses leitos e aí isso também demorou um pouquinho. Mas acho que atenção primária que sofreu mais.

**** *part_2 *perg_5 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_2

Em relação ao fluxo de atendimento foi isso. A gente teve que reorganizar totalmente o fluxo de entrada e saída da unidade. Então a gente separou um setor específico pro covid, que tinha uma entrada separada. Toda a paramentação dos profissionais, uma sala pra podermos se paramentar. O que também não tinha atenção primária, a gente recebeu depois. Então, de fluxo a gente teve que rever totalmente.

**** *part_2 *perg_5 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_2

Em relação as linhas de cuidado, nesse momento, como a circulação dessas pessoas. A gente teve aí lockdown e as orientações de ficar em casa pra evitar se expor... uso de máscara dos usuários. Ninguém tinha máscara. Houve aquela corrida pra comprar

máscara. Máscara de pano serve, não serve. Se isso serve ou não serve. N. noventa e cinco, a gente tinha poucas unidades. Então a gente tinha que administrar bem esse material. Então as linhas de cuidado a gente teve que priorizar. Então a gente só manteve de fato o que a gente considerou prioritário. E aí foi necessário fazer um diagnóstico de cada equipe, o que a gente ia manter atendendo ou não. Algumas coisas foram delimitadas pela secretaria. Então, tuberculose, gestante, puericultura, principalmente hanseníase. Agora, outras questões ficou a cargo da equipe. Então, por exemplo, pacientes ineludíveis sem controle ou paciente com descompensação. Enfim essas pessoas. A gente conseguiu manejar muitas vezes também com uma nova tecnologia que apareceu, que foi o atendimento por telefone. A teleconsulta que a gente chama. Que também pra gente não era uma realidade. E aí surgiu na pandemia. A gente recebeu telefone, a gente conseguiu montar um fluxo de atendimento onde não atendia presencialmente. Eu ligava pra esse usuário. Não só via telefone, via WhatsApp. A gente fazia vídeo chamada. Então assim, isso foi fornecido pra gente. Então, a gente teve que fazer essa mudança. Fazer prescrição online. Coisa que a gente nunca tinha feito. E o enfermeiro também pode fazer esse tipo de atendimento. Os ACS também fazem uma visita ligando pros usuários porque muitos não permitiam a entrada do agente comunitário. Tinham medo deles levarem algum tipo de contaminação. Então nesse período a gente teve que repensar a assistência. A assistência ela ficou voltada pra esses grupos prioritários. A gente permaneceu agendando na unidade presencialmente. Mas sempre tentando agendar em turnos de menor pico, esperando bem as consultas para que não aglomerasse. A gente fez a teleconsulta, não só médico como enfermeiro também. A gente conseguiu. E aí as receitas que não conseguia fazer online, porque nem todo mundo conseguia imprimir. Tem essa questão da dificuldade também de sinal lá. Principalmente, a gente fazia as receitas e os ACS deixavam na casa, e já levavam o medicamento. Então evitava que essa pessoa precisasse descer. Então a gente foi trabalhando mais ou menos dessa forma.

**** *part_2 *perg_52 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Como a gente reformulou toda a entrada a gente deixou um fluxo para as demandas agudas, porque a gente sabia que as pessoas iam ter otites, amigdalites, infecção urinária. E assim, na pandemia não parou com essas outras necessidades. Então a gente deixou uma equipe também pra fazer esse tipo de atendimento. Não houve delimitação para demanda aguda, mas a gente percebeu uma busca muito pequena principalmente no início. Porque muitas pessoas tinham medo de vir na unidade. Então a demanda aguda, a gente também conseguiu fazer teleconsulta em alguns momentos.

**** *part_2 *perg_53 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Sim. Então, como eram materiais que não eram da grade e os que eram da grade, a gente recebia muito pouco. A gente tinha muito pouco em estoque. Vivíamos num momento de remanejar. Então assim, era muito desgastante porque a gente tinha praticamente, toda semana, a gente tinha que fazer o levantamento do que a gente tinha que solicitar semanalmente. Uma coisa que a gente estava acostumado a fazer mensalmente. Então semanalmente a gente mandava os estoques e o tempo todo é remanejando entre as

unidades. Quem tinha um pouquinho mais cedia pra quem tinha um pouquinho menos e a gente foi sobrevivendo assim. Fiz parceria com o Hospital. A aqui na ilha. Então vários insumos eu peguei lá. E muitas vezes era o próprio gerente que ia buscar. Então eu pegava numa unidade, pegava em outra. E assim a gente foi tentando suprir como eu falei. Acho que é um ponto fora da curva que é uma unidade que é bem estruturada, com residência. Então, eu acho sofiu um pouco menos que os outros colegas. Mas assim, necessitou muito, foi muito desgastante. Porque a gente tinha que ficar o tempo todo fazendo essas parcerias pra não zerar. Então eu nunca zerei. Mas já tive momentos de ter muito pouco e ter que priorizar. Hoje só você vai poder entrar. Porque eu não tenho outro pacote pra dar pra outra pessoa, por exemplo. Mas consegui manter dessa forma.

**** *part_2 *perg_6 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

O que foi possível, acho que eu já falei antes, treinamento, remanejamento de material. Agora o que não foi possível ser feito difícil a pergunta. Porque nossa eu acho que aqui não foi possível ser feito, talvez a gente não teve um tempo de trabalhar a parte educativa. Principalmente na comunidade. Porque a gente não tem que fazer grupo. Então tudo que a gente sabia sobre a pandemia, tudo que a gente recebia dos protocolos, esse repasse de informações para a comunidade, para as pessoas, pra população que a gente cobria. A gente de fato não conseguiu fazer do jeito que a gente precisaria fazer. Orientar o uso de máscara, orientar a importância do isolamento, de manter as restrições, o uso do álcool. A mídia ajudou muito. Mas como eu falei metade do meu território é muito vulnerável. Pessoas que às vezes não tinham nem TV. Então que não tem acesso à internet. Então essas pessoas sim a gente teve muita dificuldade. Acho que a gente só conseguiu lá no final. Foi o que começou a usar mais as nossas mídias sociais. Então a gente tinha o Facebook e o Instagram da unidade, que a gente começou a postar vídeos curtos. A gente fez alguns banners que a gente postava também e deixava na unidade. A pessoa via mas acho que ficou muito a desejar. O processo educativo de preparação do território de enfrentamento da pandemia.

**** *part_2 *perg_7 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Se for um surto como covid, algo assim eu acho que sim... a unidade não está preparada pra desastres. Por exemplo o soterramento, um alagamento. Isso eu acho que a gente não tem esse tipo de treinamento, isso a gente não tem. Embora alguns anos atrás tenha tido um problema na defesa civil. Lá da unidade a receberam até um telefone, para casos de deslizamento, para ir pra área segura, essa questão da chuva e tal. Mas eu acho que isso, a unidade acho que ela não está preparada. A questão de incêndio, agora a gente vai ter um treinamento. Mas como também tem uma rotatividade grande o treinamento acaba não fixando. Agora, por exemplo, e a gente já tá mais avançado em relação a violência. Em relação a violência, a unidade ela tá preparada pra se tiver um caso de violência no território de roteio. A unidade do já tinha uma preparação pra isso que é o acesso do seguro. E surtos eu acho que a gente consegue enfrentar. Agora esses outros tipos de desastre não.

**** *part_2 *perg_8 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_3

Hoje a gente tem WhatsApp, então existem os grupos. Como eu falei tem o grupo de acesso mais seguro, que é a questão de violência. E a gente tem o grupo da unidade que a gente consegue compartilhar material. Tem o e-mail das equipes também. Então assim, eu acho que dentro da unidade consegue de fato fazer essa informação circular. E aí treinamento reuniões que a gente faz. Reuniões de equipe, reunião com toda a unidade, da secretaria com a com a unidade. A gente também tem, não diria que é totalmente eficaz, mas assim, a gente recebe os protocolos, quando eles são definidos. As orientações, o que a gente precisa fazer, acho que a Secretaria Municipal consegue trazer. Do governo federal, eu acho que realmente deixou muito a desejar. Até o início da vacinação como demorou. Então, da testagem de todos esses processos aí. Eu acho que a Secretaria Municipal teve uma atuação mais eficaz do que o Governo Federal. Do governo federal não chegaram e a as prefeituras tiveram que definir os seus protocolos baseados muitas vezes em órgãos internacionais. Como a OMS então que o governo federal demorou muito. Então acho que no micro ali na unidade a gente conseguiu disseminar bem. Acho que a gente consegue ter uma boa comunicação em tempo real. A maioria dos profissionais, os ACS são o elo mais fraco porque eles não têm internet no telefone. Dentro da unidade a gente tem Wi-Fi mas quando ele está no território nem todos tinham acesso na conta de telefone com internet. Então às vezes ele tinha que estar na unidade pra poder receber em tempo real. E agora os outros profissionais não. Todo mundo hoje tem um telefone com internet. Então a gente conseguia fazer essa disseminação. E a comunidade sofreu muito com isso. Como eu falei, a gente também teve então a comunidade sofreu não só da nossa falta de comunicação mas também sofreu nessas do município e do federal.

**** *part_2 *perg_9 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_3

No início que a gente fazia muito através dos ACS. Mas aí a gente também teve restrição de visitas. Então a gente acabou fazendo um trabalho que não a gente sentiu que não teve um retorno muito efetivo. A gente fazia essa comunicação também quando as pessoas vinham a unidade. Então a gente fazia sala de espera fazia orientações individuais. A gente também conseguiu. Aí depois a gente começou a usar as mídias sociais, através do Instagram e do Facebook. Nós tínhamos também alguns enfermeiros que tinham grupos de WhatsApp com a comunidade. Por exemplo, grupo de gestante. Então nesses grupos elas botavam informações que a gente falava. Sobre a questão do isolamento, uso do álcool, em gel, uso de máscara. Então a gente também ia passando nesses grupos. E isso ajudou a difundir bastante. E depois através das teleconsultas. Então quando a gente ligava, quando a ACS ligava, a gente sempre reforçava essa orientação. Então foi basicamente assim que a gente conseguiu trabalhar a comunicação com a com a população.

**** *part_2 *perg_10 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_3

Então, quando a gente ia fazer uma visita e levava o medicamento pra evitar que ele descesse. Pra que ele pudesse ter essa segurança de receber o medicamento sem ter que

vir à unidade. Renovação de receita, fornecimento de medicamentos, solicitação de exames. A gente também fez coletas em casa, a teleconsulta. Porque a gente também evitava que ele visse a unidade. Na unidade a gente teve essa estratégia de não marcar seguido, sempre marcar aquelas pessoas que precisavam. Vir em tumos onde o movimento era menor. Então a própria seleção do que a gente teria que atender. O que a gente poderia esperar. Então assim, aquele hipertenso se ele tivesse com a receita em dia a gente não estaria naquele momento fazendo exames que seriam da linha de cuidado dele. Então ele precisa agora fazer por exemplo o eletro. Ele está com a pressão estável, ele precisa descer para fazer eletro porque está no protocolo. Então a gente optou por não solicitar. E aí a gente explicando pontualmente. Então, até os que tinham que fazer e queriam vir, a gente tinha que fazer o trabalho inverso. Que era de orientar que nem no caso dele ele tinha que vir, não tinha jeito e tal. Então a gente só solicitou exame porque a gente realmente precisava. E aí assim dentro dessa perspectiva as pessoas que eram mais vulneráveis a gente fez o cuidado domiciliar. Tanto que ele não saísse de casa. Isso até com a vacinação. A gente também fez muita vacinação no domicílio. Principalmente dos idosos, os mais vulneráveis. E aí não só os acamados, mas a população idosa em si. Na própria unidade também pensando nisso, não fizemos grupos educativos como a gente fazia antigamente. Não trabalhamos o grupo, nada disso. Para evitar circulação desnecessária.

**** *part_2 *perg_11 *ida_3 *rio_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_3

A primeira lição foi que a gente não estava preparado. Não estávamos nem um pouco. Ninguém jamais poderia imaginar que a gente viveria isso. Então acho que a primeira lição é a questão do planejamento. Acho que como foi importante poder planejar junto com a equipe, conhecer o seu território, saber suas necessidades para poder planejar. Primeiro de tudo é saber onde você está. Para poder planejar. Outra lição também aprendida é da equipe. Como equipe, os vínculos e a importância de cada profissional que cada um tinha o seu saber e foi muito importante fazer essa troca. O uso racional, assim a questão dos insumos. Assim, como a gente deve valorizar aquilo que a gente tem. Acondicionar adequadamente, pedir o que a gente realmente necessita para e fazer o provisionamento adequado, para gente poder num momento como esse não se vê sem material. E aí a gente também sensibilizou muitos profissionais que estavam utilizando touca como protetor de pé não é a mesma coisa. E assim naquele momento era mais importante proteger cabelo do que proteger o pé. Porque a gente fez essa discussão com eles lá. Então o uso correto do material isso foi importantíssimo para que as pessoas valorizassem aquele insumo. Utilizassem da maneira correta para não ter desperdício. A gente não jogar um material importante fora. Então provisionamento adequados foram lições importantes. E eu acho também que que isso fica como um legado também para gente. A questão do apoio emocional. Acho que a os profissionais de saúde ficaram muito desgastados e muito sofridos, porque também adoeceram. Então acho que isso também desestabilizou bastante a unidade. Porque eram muitos colegas ficando doentes e haviam medo da morte. Que a gente enfrentou que que aproximou bastante a equipe. Entre os profissionais, o apoio. Quando algum profissional ficava doente a gente ficava mandando Zap monitorando a distância e preocupação com a família. Eu acho que isso ajudou, mas acho que a secretária poderia ter dado um suporte maior pra gente. Assim, de apoio psicológico mesmo pros profissionais. Acho que isso ficou muito a desejar.

Mas, também foi o momento da gente se aproximar e de valorizar todos os saberes. Não só médicos, enfermeiros, mas os técnicos e todos os profissionais psicólogo, quem tinha fisioterapeuta, educador físico. A odontologia nos ajudou muito nesse processo. Elas atuaram na coleta, atuaram na formulação de documentos de educação permanente, nos treinamentos. Então acho que a equipe se aproximou muito.

**** *part_2 *perg_12 *ida_3 *rio_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_4

Não sei se aplicam a isso, mas o que a gente fez pra você ver, por exemplo, essa coisa dos grupos de WhatsApp. Foi uma coisa que a gente criou. Alguns grupos já existem e a gente criou outros. Outra coisa que a gente fez também teve alguns acs que ensinaram a fazer máscara de pano pra população poder fazer em casa. Outra coisa também que a gente teve foi nas nossas mídias sociais. Então a gente fez até um bonequinho que eu que é na verdade é a pessoa que dá o nome da unidade. Que era uma articuladora social do território muito importante. Então a gente fez um bonequinho dela e tudo que a gente postava era fala Vilna. Então fala Vilna hoje é sobre uso da máscara, uso do álcool. Isso já tinha um trabalho importante com eles em relação a laje, que já tinha trabalho em relação a horta também, uso de plantas medicinais. A unidade c tinha um trabalho também em relação a isso. Então isso também na pandemia se reforçou através das mídias sociais. Existia um trabalho também, mas aí esse na pandemia não pôde circular que foi do uso da do reaproveitamento do óleo de cozinha. Então a associação era um ponto de coleta e a gente também. Mas a gente acabou não podendo fazer muito isso. Além da horta foi o que a gente mais mobilizou na época da pandemia por conta do dos chás. Na verdade todo mundo colaborava um pouquinho. Então assim a gente tinha uma população de rua do aterro. Então a gente já fazia um trabalho com eles em relação a higiene, reaproveitamento de alguns materiais porque eles ficavam ali na rua. Acho que já tinha um trabalho educativo com eles também. E na época da pandemia manteve e articulou o todo fornecimento de alimentação. Porque na época da pandemia ninguém circulava, então quem vivia na rua pedindo não tinha como pedir porque não tinha ninguém passando mais. Então a gente conseguiu através da associação de moradores, através das igrejas também, apoio pra doação de máscara e tal. A horta quem ficava mais à frente era uma enfermeira. dá da equipe da equipe b. E aí a comunidade participava. Mas aí com a pandemia a comunidade não vinha mais pro território, nem pra unidade, pra grupo, nada disso. Mas a gente conseguia fornecer e orientar porque todo mundo levou um pezinho que não tinha um pé de alguma coisa em casa. Graças a Deus comunidade segura apesar do espaço pequenininho. Sempre tem um vasinho. E aí essas pessoas acabavam tendo dúvidas e a gente ia orientando baseado nisso. A gente fez o inquérito epidemiológico, levou testagem pra associação de moradores. Então a gente fez a testagem lá na comunidade direto. Agente também fez algumas ações sobre lavagem das mãos, e como a comunidade tem dificuldade de fornecimento de água. Então, já tem também os AVS, agente de vigilância no acondicionamento da água, reaproveitamento de água da chuva, isso também já existia. E aí na pandemia também a gente também fez alguns vídeos sobre isso. Porque aí também a gente tinha medo das arboviroses. Nós estamos fazendo visita pra fazer identificação de focos.

**** *part_2 *perg_13 *ida_3 *rio_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_4

Eu acho que é importante. Mas aí a gente cai de novo na questão do incentivo pro desenvolvimento dessas tecnologias. E a dificuldade de principalmente em territórios de grande violência. A gente tem uma vulnerabilidade de conflito como a gente vive de conflito armado. Porque é preciso um trabalho muito grande de educação. E aí não adianta ir lá treinar ou criar uma tecnologia tem que ser mantido. E essa manutenção também é muito difícil. Então, eu acho que é muito importante mas acho que nos territórios conflituosos muito complicado. E se essas tecnologias chegarem de fato. Se mantenhem, sejam reproduzidas. Tem um amparo pra poder ir aprimorando e pra que elas se mantenham.

**** *part_2 *perg_14 *ida_3 *rio_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Nossa! Foram muitos acho que o maior deles foi garantir a segurança dos profissionais e manter a unidade funcionando sem gerar nenhum risco pra ninguém. Então, pensar como continuar aprendendo frente a tantas incertezas e tantos medos. De uma doença que a gente pouco sabia. Muitas vezes sem profissionais, porque muitos adoeceram e a gente sabia da importância que a gente tinha pro atendimento daquela população. Muitas vezes sendo a única coisa funcionando naquele determinado território. Tudo fechado e como a gente precisava manter as nossas portas abertas. Então acho que foram muitos desafios, acho que o maior é esse: como que a gente ia manter a unidade funcionando e gerenciar todas as questões e de conflitos de como que a gente ia tranquilizar os profissionais pro atendimento. E dar aquele suporte que eles precisavam pra se sentirem seguros pra atender. Com tantas carências de materiais que a gente teve no início, e de informações. Então, de fazer a comunicação circular e dar suporte quando eles precisavam de se afastar, ou precisavam de algum determinado apoio pra assistência em si não enlouquecer. E manter aquele espírito de esperança, de confiança, dando exemplo. Então a gente muitas vezes assumiu papéis de assistência mesmo. Como eu falei, muitas vezes eu fui pro covid, pra fazer atendimento. Muitas vezes eu participei do acolhimento, muitas vezes eu fiz visita. Então assim, na verdade o gestor precisou muitas vezes segurar na mão do profissional e dizer eu vou com você. Acho que esse apoio pra equipe foi fundamental. E implementar fazer com que a assistência de fato acontecesse. De todas as restrições que a gente tem. Então a gente precisa ter muita criatividade. E a gente se reinventou diariamente. Pra poder manter o a unidade funcionando.

**** *part_2 *perg_15 *ida_3 *rio_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_5

O que mudou foi a lógica da assistência. Antes a gente não tinha tanta preocupação em aglomeração. E hoje a gente já pensa em grupos de maneiras diferentes com um número menor de usuários em ambientes mais seguros, mais apropriados. Então o que a gente antes pensava em fazer em salas, a gente pensa já em fazer ambientes abertos. Então assim, acho que a lógica da assistência mudou um pouquinho. A ideia da organização da agenda também. Então assim, da gente tentar não aglomerar, não marcar uma pessoa atrás da outra. A questão da vulnerabilidade. O dia que a gente teve que fazer atendimento de gestante em horários melhores pra aquelas gestantes circularem na unidade. Então acho que a gente repensou um pouco a agenda. Essa coordenação da

agenda também. Acho que a teleconsulta também entrou pra ficar. E é um mecanismo bem importante, interessante. Acho o mais elogiado pelos usuários nesse período foi isso. Primeiro que eles se sentiram acolhidos, tinha um momento pra eles, pra falar, pra tirar dúvida, enfim, pra ser atendido de fato.

**** *part_2 *perg_15.1 *ida_3 *rio_1 *etui_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Como eu te falei de acolhimento, das linhas de cuidado. O ensino de que a gente pode fazer o que é preciso ser feito. De fato naquele momento que pode esperar, acho que nem houve uma reformulação disso. De planejamento, principalmente com relação aos insumos. Acho que hoje está todo mundo muito mais preocupado em solicitar o que precisa. Enfim de manter um dentro do limite. Um estoque estratégico de alguns insumos, o armazenamento. Enfim, acho que a galera ficou bem mais criteriosa em relação a isso.

**** *part_2 *perg_15.2 *ida_3 *rio_1 *etui_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Enfio, a coordenação do cuidado, isso da gente tentar trazer o menor risco possível pra aquele usuário. Enfio coisa que eu talvez possa manejar na unidade. Eu vou estar gerenciando na unidade. Só referenciar aquilo que de fato eu preciso referenciar. Solicitar exames que de fato aquela pessoa precisa naquele momento, e do agendamento dele. Assim não vou agendar muito seguido ou essa pessoa é melhor vir no final do dia, pra unidade estar mais vazia. Eu acho era preocupações anteriores. O atendimento ao sábado, assim também, a gente priorizava quem trabalhava. Mas agora a gente não prioriza só quem trabalha, a gente prioriza também isso. Sem essa pessoa tem uma pessoa muito com alguma necessidade, uma doença crônica importante que é muito suscetível à covid. Não é melhor abrir ao sábado porque o sábado a demanda aguda é muito pequena. Enfio eu prefiro marcar ela quando a unidade está vazia, porque eu só tenho uma equipe atendendo. Enfio até de profissionais mesmo de circulação de pessoas. Enfio acho que hoje em relação a coordenação do cuidado tem se pensado muito nisso.

**** *part_2 *perg_15.3 *ida_3 *rio_1 *etui_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Enfio, acho que no território que mudou, que a gente não está mais fazendo aqueles grupos que a gente fazia. As visitas também. Acho que os ACS estão mais preocupados, mais preparados pra identificar algumas coisas no território. Se algumas vulnerabilidades, muitas pessoas vieram pra atendimento tinham sintomas de gripe mas tinham medo de vir. Na visita domiciliar o ACS conseguia identificar se está tossindo se está com febre. E aí acho que a capacidade investigativa deles ficou melhor. Porque eles ficaram mais sensibilizados a buscar esse tipo de informação também. Pela equipe estimulando. E aí a gente conseguiu trazer as pessoas que de fato precisavam vir. E aí também do mesmo jeito sensibilizando pra buscar sensibilizar alguém. Pra dizer olha: você não precisa ir. Vamos a gente vai ligar pra você, vou conversar com o médico, você não tem necessidade de descer. Enfim, acho que também foram essas duas questões.

**** *part_2 *perg_15.4 *ida_3 *rio_1 *etui_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Acho que as unidades se aproximaram muito, porque a gente precisou o tempo todo apoiar uma outra. Dos hospitais a gente tinha uma certa aproximação, e acho que não melhorou. Acho que se manteve da mesma forma. A gente conseguiu uma aproximação maior da assistência, principalmente da unidade_c. Porque a gente tinha essa população de rua e a gente precisou muito do apoio da assistência social. Do crédito do CRAS por conta da questão dos benefícios. A gente viu que muitos perderam e é isso. Conseguiu fazer uma parceria com o CRAS e viabilizar esse benefício pra essas pessoas. Do auxílio emergencial também. A gente teve um apoio bem legal da assistência social. Com as nossas assistentes sociais, o NASF, enfio o que a gente fez, a gente fez um trabalho no território pra essas famílias que usam. No acesso identificavam como vulneráveis e a gente dava apoio pra fazer o cadastro do auxílio emergencial. Enfio a gente conseguiu fazer isso também. Algumas pessoas iam na unidade em horários bem específicos. Uma salinha preparada pra isso e a assistente social ajudava a fazer ela utilizando até a internet da unidade juntos. Porque a gente não tinha internet. E quem não podia a gente redirecionava. Enfio assim a gente conseguiu fazer pra que as pessoas tivessem acesso.

**** *part_2 *perg_15.5 *ida_3 *rio_1 *etui_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_5

A gente conseguiu ampliar um pouco o número de alguns profissionais que é o técnico de enfermagem. A gente tinha na unidade uma realidade de um técnico pra uma equipe. E a gente nesse período conseguiu ter mais técnicos de enfermagem. O que ajudou muito na dinâmica das testagens que a gente sabe manter com a equipe também foi reposta nesse período. Enfio a gente conseguiu ter o apoio desses profissionais também. Acho que a gente conseguiu ampliar um pouco o estômago da equipe. Foi basicamente isso.

**** *part_2 *perg_15.6 *ida_3 *rio_1 *etui_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Vigilância agora a gente tem o recurso da teleconsulta. Enfio o recurso também não só da teleconsulta mas desse monitoramento, já tinhamos planilhas de monitoramento. E na verdade é uma coisa que já existia, não veio por conta da pandemia. Mas demonstrou e reforçou a importância dos grupos de WhatsApp. Também ajudaram muito no monitoramento na vigilância essa sensibilização dos acessos para busca ativa e na visita. A identificação de pessoas que necessitavam vir e que não necessitavam vir. Mas eu acho que todo mundo fica bem sensibilizado em relação a isso. Todos os profissionais de uma maneira geral pra orientar e pra levar informações.

**** *part_2 *perg_16 *ida_3 *rio_1 *etui_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *geren_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Dispenser de álcool em gel que a gente não tinha em todas as salas, nem o novo espaço comum. A gente passou a ter a questão dos equipamentos de proteção individual uma cobrança maior. Hoje os óculos de proteção e a máscara cirúrgica são itens que todo mundo tem que utilizar. Que não era assim. A gente utilizava em procedimentos

específicos. Hoje pra estar na unidade tem que estar de máscara. Processual, acho que talvez por conta da covid dezzenove, o afastamento. Porque não mesmo ultrapassado os quatorze dias no caso do covid não gera afastamento pelo INSS. Enfio isso também não era assim, qualquer atestado a gente afastava. Tinha esse fluxo de INSS, agora não tem mais. Eu acho que é isso. Dispenser de álcool em gel. As orientações do uso do álcool setenta que a gente não utilizava da maneira que utiliza hoje. Reforçar a questão da lavagem das mãos sempre foi importante, mas o uso do álcool, como a gente usa. Agora na unidade é entre um paciente e outro.

**** *part_3 *perg_1 *ida_2 *volta_1 *etui_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_1

No contágio entre as pessoas. Sim, bastante vulnerável. Porque a gente tem uma população de dez mil pessoas e praticamente sete mil aproximadamente delas moram em casas que tem pouca ventilação, cômodos muito apertados e vivem em quantidade grande de pessoas em cada domicílio. Enfio acho que principalmente em relação a ventilação das casas e superlotação que é um fator que chama bastante atenção em relação a ambiental também. Enfio eu cheguei já num caminhando pro fim. A gente já estava fazendo a segunda dose. Enfio a gente já visualizava um cenário diferente, assim em relação a óbito não tanto. Eu não tive a oportunidade de andar muito pelo território ainda mas eu sei que tem um córrego que tem está em esgoto a céu aberto. Enfio é isso, tem esgoto e lixo. Mas nada muito diferente de outras comunidades e não necessariamente relacionado a covid. Eu acho que tem relação com outras doenças. Em relação a parte social eu acho que sim sem dúvida. É baixa escolaridade, no perfil socioeconômico são pessoas que tem um emprego informal. Enfio as pessoas tiveram um pouco apoio. Elas tiveram que continuar trabalhando independente da pandemia. Enfio o não uso de máscaras, a adesão ao uso de máscaras a gente sabe que é bem difícil na comunidade. Enfio pelos relatos, eu vejo que eles só podem entrar na unidade de máscara e isso sempre tem uma reclamação. A gente tem que fornecer a máscara. Acho que é um fator também que é importante chamar atenção. Baixa escolaridade, baixas taxas eu não sei falar muito bem o nome mas é condição socioeconômica ruim, assim salário em geral baixos e muita informalidade, poucos empregos formais. Enfio as pessoas tem que se virar pra comer. E os relatos são de pessoas entrando na pobreza extrema. A comunidade se mobilizando pra fazer doações para as pessoas comerem. Enfio tudo isso sem dúvida.

**** *part_3 *perg_2 *ida_2 *volta_1 *etui_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_1

É difícil responder agora, porque a unidade está em obra nesse momento. Enfio eu vou dizer do que eu vivi lá, que foi uma estrutura muito ruim. Assim essa perspectiva, essa previsão de uma obra iniciar em breve. Enfio pelo que eu entendi, essa necessidade já vem de bastante tempo e finalmente nesse momento em vinte e um de dezembro a gente iniciou a obra. Mas a unidade não tinha quase nenhum ar condicionado funcionando, a gente tem queda de energia constante. Enfio precisa mudar o fornecimento. Nem inferior ao que a unidade suporta, enfio a gente viveu dias da luz cair mais de dez vezes. Enfio você fica num ambiente completamente insalubre. Além de você perder produção. Enfio tem uma série de questões. Sem contar o calor mesmo. De toda hora

quando começa a funcionar mofo e acho que basicamente é isso. Basicamente isso em relação à estrutura física. A capacidade de responder baixíssima. Assumi a unidade com profissionais exaustos, adoecidos e ameaçando a sair, pedir demissão. E eu vivi isso. Duas médicas pediram demissão então somos três equipes e a gente ficou um período sem médico nenhum. Assim não tinha médico na unidade. Depois uma médica só, então uma médica pra dar conta de dez mil pessoas. É impossível e eu passei o mês de novembro e dezembro com uma vacância de uma enfermeira. Então eu tinha uma médica e duas enfermeiras pra três equipes. Capacidade de resposta muito aquém do necessário. Entendendo que a gente tem um cenário aí de desassistência, então já tem doenças crônicas que a gente não conseguiu acompanhar durante a pandemia. E essas doenças estão se agravando e as pessoas estão adoecendo agora das crônicas que ficaram desassistidas na pandemia. Vai ser um cenário me deixa chamar atenção e a gente teve um surto de influenza fora de época em dezembro e agora vem omicron que afastou em dezembro quase todos os profissionais afastados. E agora janeiro é o mesmo cenário. Eu fiquei com pelo menos um tempo do meu quadro inteiro afastado de uma vez. Então não tinha capacidade de resposta pra nada.

**** *part_3 *perg_3 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Eu acho que pra eles isso não é uma questão. Eu acho que é muito mais pra gente. Eles não. Se você fizer essa pergunta eles não identificam como problema. Essa é minha visão, então não sei se te dizer se eles conseguem responder por uma coisa. Assim, a gente dá uma resposta pra uma coisa que é um problema, quando pra você não é um problema, sua vida vai seguir normalmente. Essa é minha percepção em relação ao convívio que eu tive ali e a todas as vezes que eu pude transitar pelo território assim. Covid não é uma questão para as pessoas.

**** *part_3 *perg_4 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_2

É sem dúvida sim. A gente está em um cenário diferente. Primeiro eu não posso dizer como foi no início que eu não estava atuando. Então eu estou atuando de dois mil e vinte e um pra cá. Dois mil e vinte pelo que eu acompanhei as pessoas estavam buscando mais a rede hospitalar. Obviamente que a gente podia ter feito isso que a gente está fazendo agora que é testagem em massa desde o início. Mas aí tem uma série de questões aí que são os que estão acima. Mas de fato não teve isso, a atenção primária não fez o seu papel de jeito nenhum. Atenção primária só começou a atuar a partir do momento que teve vacina. Assim, sem vacina...

**** *part_3 *perg_5 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Então a gente tinha uma entrada separada pra pacientes com sintomas gripais. Então isso foi uma orientação de todas as unidades que é a entrada principal e tem uma entrada que é pelos fundos assim. Pra não misturar os pacientes e o teste a ser feito no ambiente lá mais arejado onde as outras pessoas também estejam com sintomas... No geral o que a gente fez foi isso. A gente teve algumas tentativas a partir de setembro uma nota técnica de retomada. Porque as consultas de rotina estavam suspensas. A gente só

podia atender basicamente síndrome gripal e alguns grupos prioritários que nunca deixaram de ser atendidos mas que acabaram desassistidos. Isso não ficou tão possível. Então a gente teve uma tentativa de retomada, mas aí com a influenza e a Omicron. Isso também ficou suspenso.

**** *part_3 *perg_5.1 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Agora a gente tá retomando novamente. Então a gente tá conseguindo agora fazer agenda pra hipertensos, diabéticos que é uma coisa que não estava acontecendo. Estava atendendo basicamente gestantes só quando eu cheguei não gestante e criança. Mas aí não tinha pernas, não tinha profissionais e ao mesmo tempo também você trazer crianças pra unidade, pra consulta pra se expor, também não era o cenário muito bom. Então a gente tentou priorizar as crianças mais vulneráveis. Então os ACS fizeram listas de famílias mais vulneráveis pra gente manter esse cuidado. Mas agora já está já está retomando todas as consultas de rotina independente de ser mais ou menos vulnerável. Todas as crianças de zero a um ano, gestantes, tuberculose, HIV e outras doenças crônicas. Está mais ou menos assim.

**** *part_3 *perg_5.2 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Não tinha reorganização porque eu tinha uma médica que só atendia a demanda. Não tinha consulta agendada. Um caso gravíssimo de um paciente com câncer que precisava investigar. Agora em fevereiro que eu estou abrindo uma agenda, já agendando que eu tenho só um no quadro de médicos. Eu tenho esse aqui que completa. Sem equipe completa não tem possibilidade de fazer demanda e agendamento. Porque só agendava consultas gravíssimas. E quem estava mais ou menos fazendo o pré_natal era as enfermeiras.

**** *part_3 *perg_5.3 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Eu não vivi essa carência de insumos assim. Talvez eu tenha entrado num momento melhor. EPI desde que eu estou nunca faltou. Máscara, luva, face shield de quem usa. A única coisa que aconteceu é que no início não podia fazer testagem em massa, só podia testar contato, ou pessoa realmente sintomática. Desses anos, nessa onda da Omicron que a gente teve liberação pra fazer a testagem em massa que era o que deveria estar sendo feito desde o dia um. Eu percebo só essa a questão dos testes mesmo. A gente foi liberado por exemplo pra levar pra casa e testar familiar. Porque os profissionais estavam afetados. Aí podia testar o marido, os filhos. Então isso nunca aconteceu em outro momento da pandemia pelo menos não consigo. Em vinte e um só testar, essa foi a ordem. E isso foi uma coisa que eu briguei algumas vezes eu liberei. Não existe isso. Mas a gente não tinha mesmo, não dava pra testar todo mundo que queria se testar. Igual está fazendo agora. As pessoas estão vindo fazer quatro testes assim. Quando vamos registrar a gente repara. A pessoa está vindo. Ela está vindo. Ela quer saber, saber muito se ela está com covid. Mas aí acho que é isso. Basicamente o acesso ao teste, mas assim a gente sempre eu recebo um álcool em gel pra cada profissional. Máscara à vontade assim nunca foi nunca precisei assim reaproveitar a

máscara porque não tinha. As pessoas que não estavam usando a máscara adequada porque elas não queriam mas a gente sempre recebia N95 e a máscara cirúrgica saindo em quantidade suficiente.

**** *part_3 *perg_6 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Eu acho que nenhuma unidade conseguiu de fato retomar a atenção primária. Esse funcionamento da atenção primária. Toda vez que a gente ia começar, você precisa fazer um planejamento, uma reunião, uma organização nos planejamos. A partir de agora vai ser assim, assim, assim a semana que vem sete profissionais afastados. Nada do que foi planejado foi executado. Então eu estou vivendo esse cenário basicamente desde outubro. Tanto que a gente tinha retomado reuniões presenciais assim até mesmo pra planejamento pra dois mil e vinte e dois. Para pensar estratégias com creche e aí a gente teve uma nota técnica no início de janeiro suspendendo tudo. Então a gente não tem mais reunião presencial. Pelo menos nesse mês de janeiro não teve. Foi proibido de novo reuniões sim atividade de grupo com aglomeração, porque antes já estava podendo retomar com um grupo menor. Voltou a funcionar, algumas coisas assim. Mas em janeiro a gente basicamente só atendeu o covid, mais nada. A gente fazia aqui, por exemplo, eu estava aqui. A gente na primeira e segunda semana a gente estava fazendo de trezentos a quinhentos testes por dia aqui de covid. Então é só dá pra fazer isso. Era uma fila que ia até não sei onde.

**** *part_3 *perg_7 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Eu acho que assim, de alguma maneira as pessoas já entenderam. As profissionais as que entenderam um pouco pra quem nunca a gente nunca tinha vivido nada parecido. Mas os outros surtos de dengue, por exemplo, que a gente vive em outros momentos que vivemos. Acho que as pessoas já tinham meio que esquecido. Eu acho que foi bom para as pessoas entenderem a importância de seguir as orientações técnicas. Como isso faz diferença. Então eu acho que a questão de você não sair de casa, se você estiver com sintomas gripais, por exemplo. De você evitar de você passar a usar máscara nesse sentido. Eu acho que talvez a gente possa adotar essa cultura. Agora tem a gente que tem muito pouca governabilidade de ações assim. A gente tem uma gestão que dá as diretrizes e a gente executa. O que alguém no nível central decidiu que é a melhor estratégia, que não necessariamente iremos concordar ou não. Então eu acho que no nível local a gente tem pouca autonomia pra executar alguma coisa diferente do que foi proposto.

**** *part_3 *perg_8 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Em relação ao ministério não preciso nem comentar muito. Eu acho que o município do Rio teve um papel fundamental. Assim, eu acho que algumas estratégias foram muito exitosas. Teve vacina maré que eu pude atuar lá, então foi uma parceria com a Fiocruz. De vacinar todos os moradores primeiro. Então a gente viu a redução lá. Eu acho que quando você tem a pesquisa junto. Eu acho que faz essa total diferença. A secretaria fez muito a sua parte, mas não é, não dá conta de chegar à informação pra todo mundo que

precisa e com o grau de detalhamento que vai precisar. Ali do caso a caso de quem está no território consegue. Então eu acho que a gente conseguiu comunicar bem mas eu acho que ainda podia ter sido feito mais coisas, porque por exemplo eu tenho na outra unidade que eu atuei, e eu imagino que em várias outras aconteçam. Tinha um acs que era um anti_vacina, por exemplo, então você divulgava. Imagina você ser um agente_comunitário_de_saúde e você convencer a população de que não é uma boa estratégia se vacinar. Então assim, ela foi demitida mas não tem muito outro caminho. E aqui eu tento sempre, faço reuniões pelo menos quinzenais e quando tem alguma mudança importante pelo menos eu reúno a minha equipe e me coloco à disposição pra tirar todas as dúvidas a gente vê que as pessoas sempre acabam ainda tendo uma ou outra mas divulgar nas redes. Então acho que as redes sociais acabaram ajudando um pouco. Ajudando bastante pro bem e pro mal. Tem uma veiculação grande de notícias falsas e tal. Mas os órgãos oficiais do município eles estão sempre atualizando pra gente tentar falar uma linguagem única, que as pessoas ficam muito confusas. Mas eu tenho agora na minha equipe acs que falou que não sabia se ia vacinar seu filho, por exemplo. Ai eu tive que sustentar, conversar, a gente tem que conversar de novo. E dizer assim bom então mas isso você não vai dizer pra população, você vai guardar pra você. A sua opinião que a gente vai estar, estou aqui pra gente tentar mudar ela, mas essa não é a fala que vai sair como profissional de saúde. Não pode sair daqui assim. Então eu acho que é um pouco isso. Mas assim se acontece na minha provavelmente acontece em todas as outras. Acho que é um grande desafio você lidar com essa velocidade de informações e essa propaganda contra a vacina que foi feita de forma muito incisiva fica muito. Eu recebi outro dia um jornalzinho veiculado falando de comunidade. E tem a questão do tráfico, tem a questão de complexo de Israel por exemplo. Que é onde eu atuava. Eles têm um jornal da comunidade que eles divulgam óbitos de crianças que ocorreram com a vacina. Eles colocam nesse jornal e distribuem para população. Então você combater isso em cima de religião, em cima da ordem do tráfico. Tem umas delicadezas aí que só quem conhece o município que a gente está vivendo dessa onda neopentecostal e de milícias. Essas violências do território que te obrigam a fazer uma coisa que de repente não era o que você gostaria de fazer como cidadã. Tem isso também importante.

**** *part_3 *perg_9 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_3

Como eu falei nossas reuniões acontecem toda quarta-feira à tarde. E está em torno de reunião de equipe. Nem sempre é possível realizar, mas desde que eu entrei eu estou tentando fixar essa importância desse momento. Inclusive pra tirar dúvidas e os ACS ficam mais com esse papel ali de divulgação no território. E os próprios técnicos de enfermagem que estão à frente ali da execução da vacina. E eu mesma quando é possível, quando eu estou presente, todo dia eu convengo alguém que estava em dúvida. E principalmente aqui na época da omicron que a gente acabou vendo pessoas que as únicas pessoas que estão agravando são as não vacinadas. Então você dizer isso para as pessoas, você mostrar dados isso sensibiliza. Então basicamente isso. Boca_a_boca e redes_sociais. Assim colocar nos stories aí, eu por exemplo tomei a minha terceira dose na unidade. Ai a gente tira foto aí coloca no Instagram da unidade nossa gerente se vacinou. Então esse tipo de ação acho que tem um apelo importante também. De mostrar que assim a gente também está se vacinando. Claro que a gente está e por isso

que a gente está aqui e acho que é uma coisa legal também em relação a vacinação de crianças. E a gente fez uma decoração lá ainda colocou umas bolas e eu achei uma iniciativa incrível. Eu não sei se foi do ministério ou se foi daqui não tenho certeza mas o comprovante em todos os municípios. Eu acho que é do ministério de coragem, que é colorido então é super bonito. As crianças ficam super animadas assim acho que é uma forma de estratégia pra criança tem que ser outra. Acho que na minha unidade eles queriam dar pirulito mas eu proibi. Ai trouxe lá eles estavam dando pro pirulito eu proibi. Estamos dando esse certificado e eles fizeram os bonequinhos. Oezá_gotinha como se fosse super_herói. Então eu acho que tudo isso, esse apelo mais lúdico. Acho que foi muito assertivo assim pro convencimento das crianças. Agora é muito muito delicado assim ainda tem os acs que tem me tuzido que eu tenho pedido pra fazer busca_ativa. Como a gente está vacinando na faixa etária eu peço pra fazerem busca_ativa da faixa etária e porque que eles não foram. E algumas pessoas estão assim não vou vacinar o meu. E aí eu estou pressionando pra eles pegarem essa assinatura e me colocando à disposição pra quem porque está aí a gente sabe que tem pessoas que não tem acesso à informação mesmo. E é fácil de você convencer quando você explica. Tem pessoas que a gente não vai conseguir nesse momento atingir. Então acho que é focar nas pessoas que estão abertas ao diálogo. Isso é, estão desinformadas mesmo. Agora pessoas que estão em motivos religiosos que definitivamente não acreditam na vacina e acreditam em coisas que a gente não tem como dialogar, aí a gente não dá pra também gastar nossa energia com essas pessoas. Tem que focar e atingir uma cobertura suficiente e acho que a gente vai conseguir aí os setenta por cento pelo menos. Tem aqueles que a gente não vai conseguir. Infelizmente.

**** *part_3 *perg_10 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_3

Não.

**** *part_3 *perg_11 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_3

Eu acho que na atenção primária na saúde da família que é você trabalhar em equipe. Trabalho em equipe se mostrou cada vez mais fundamental e a importância do coletivo. Que a gente não faz nada sozinho então eu acho que o grande aprendizado é esse de quando eu não me vacino estou colocando toda a comunidade em risco além da minha própria vida. Então é um pouco a saída do nosso individual e pensar mais no coletivo. Não que isso tenha na prática se efetivado, mas eu acho que isso ficou muito claro, só não está vendo quem não quer. Pensado é esse e que é possível. Assim, a gente tem tecnologias, a gente tem ciência, a gente tá indo ajudar, a gente tá em tudo. Só colocar em prática. Acho que ficou muito claro, desde o início todo mundo sabia qual era o caminho. Só que aí a gente entra em questões políticas, questões econômicas, na frente tem o lucro sendo mais importante que a vida. Tem escolhas que foram feitas mas não porque a gente não sabia qual era o caminho. Desde o início todo mundo sabia, quem estuda epidemiologia, quem a gente já acompanhou outras e a gente tem como aprender com o que já foi. Agora a gente viveu essa catástrofe anunciada e por escolha. Não foi uma coisa: nossa que surpresa. Eu acho que é isso. Ficou cada vez mais claro como que a gente precisa se debruçar nas questões políticas, mesmo no que diz respeito ao

coletivo e tentar eleger pessoas que pensem no coletivo. Então a gente vê por exemplo, é gigante a diferença. Tem várias críticas a essa gestão mas a gente não tem como comparar a gestão passada no município. Assim, então só quem viveu aqui sabe a diferença que é você vai destruir todas as unidades e não fazer absolutamente nada pro combate da covid no início. Só criaram o hospital de campanha e mais nada. Não fizeram nada além disso. Então acho que é isso: olhar pra história, é olhar pros dados e forçar pra que isso não volte a acontecer.

**** *part_3 *perg_12 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_4

Não que eu saiba.

**** *part_3 *perg_13 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_4

Todas as tecnologias possíveis são sempre importantes. Eu acho que pensar quando você fala da cisterna do semiárido. Certamente tem alguma particularidade dos territórios de favela que poderiam gerar. Não sei te dizer agora o que exatamente, como a gente teria que dá uma pesquisada, dá uma estudada mas acho que certamente que vai ter gente vendo isso sim.

**** *part_3 *perg_14 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_5

Lidar com o afastamento constante de profissionais. Que isso é um desafio imenso. Eu por acaso não me afastei assim. Toda semana você tem um monte de gente afastado e é um desafio enorme pra planejar ações. E eu acho que um pouco pensar, tenho pensado muito nisso. Nessa a retomada da atenção primária assim esse é o grande desafio agora porque a gente tem dois anos de covid e mais a gestão passada então a gente tem seis anos de desassistência completa. O que que tem acontecido na unidade, a por exemplo, a gente tem tido muitos óbitos evitáveis, óbitos de desassistência, óbitos que vão acontecer, não só na unidade, a Isso é totalmente esperado porque a gente teve uma negligência em saúde durante um período muito grande de tempo, e a gente tem uma piora mesmo da qualidade de vida, a gente tem um empobrecimento da população, a gente tem o Brasil voltando pro mapa da fome. São situações que eu acho que o desafio é esse assim, atenção primária vai ter que dar conta de muito mais coisa do que ela já não dava. Que é lidar com a pobreza e o diagnóstico é fome. A gente não tinha vivido isso então acho que esse é o maior desafio sem dúvida. E é você ter que ficar convencendo as pessoas a usar máscara no então assim talvez não precisaria tanta gente sempre se afastar. Mas as pessoas já estão cansadas. A máscara já tinha sido meio que liberada em quase todos os lugares. Então dentro do consultório até na hora de comer mesmo o refeitório é a hora que todo mundo está perto é pequeno acho que o uso de EPI é um desafio. Acho que isso assim, lidar com a saúde mental dos profissionais adoecidos. Acho que também é importante falar isso. Cheguei num cenário assim de profissionais que estão chorando e não conseguem mais. Então isso é um número muito alto. E eu acho que a gente vai precisar olhar pra isso assim com cuidado. Que é

desumano mesmo. Você trabalhar esse ritmo e esse adocimento coletivo e mais importante.

**** *part_3 *perg_15 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_5

Acho que o que mudou um pouco isso que eu falei já, de você não conseguir fazer consultas programadas. Você funcionar basicamente com um serviço de emergência. Acho que essa foi a grande mudança. A gente virou praticamente uma UPA, ainda mais que aqui na ilha que tem essa especificidade de não ter UPA pra adulto. Então quando você transforma a saúde da família com esse perfil que é mais emergencial foi pegada a gestão passada. Vem a pandemia as pessoas não tem a gente. Na influenza eu estava conseguindo entender que as pessoas estavam lotando a unidade. E aí eu percebi que assim as pessoas não tem dinheiro pra comprar uma Dipirona. Elas estavam indo pra pegar dipirona, porque não tem o que fazer com influenza. Não tem justificativa pra você lotar as unidades, igual aconteceu assim. Não sei se você chegou a ver a emergência da UPA. Tinha gente deitada assim, tinha quatrocentas pessoas esperando. Então não é pra isso também. A gente sabe como que a gente vai curar uma gripe. Não tem nenhum remédio que vai fazer o vírus embora. A gente vai amenizar os sintomas e aí você não tem dinheiro pra comprar dipirona você vai lotar a unidade básica.

**** *part_3 *perg_15.1 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_5

Então o processo de trabalho que eu consegui fazer assim acho que talvez eu olhar com mais carinho até que eu tenha feito mais coisas. O que eu acho que eu fiz, a sensação é que eu não fiz absolutamente nada. Mas acho que isso retomar reuniões que era uma coisa que não estava acontecendo. Então retomar reuniões de equipe fazer reunião com a equipe técnica pra planejar a retomada, mesmo que não tenha executado na prática. Só a gente pensar sobre, já acho que é uma mudança importante e eu acho que eu tenho investido nisso. Observei que na unidade a as coisas são muito personalizadas. Tem pessoas que já estão há muito tempo na unidade e muita gente que acabou de chegar. Então algumas pessoas que acabavam fazendo muita coisa, essas pessoas que saíram a unidade ficou muito bagunçada. Então o meu objetivo é que todos os profissionais saibam executar, saibam o funcionamento da unidade mesmo que você seja referência pra uma linha de cuidado todas, as outras tem que saber como é que faz. Quem faz o pedido pra um tentar tirar da pessoa. Assim, ser a enfermeira qualquer enfermeira tem que saber, qualquer médico também. Então eu acho que essa é a minha ideia. Isso ficou muito claro quando a gente tem todos esses profissionais afastados e quando a gente tem profissional que está gestante também que foi afastado. Então, nesse momento teve uma semana que eu fiquei com uma única técnica de enfermagem e mais ninguém. Todas as outras técnicas afastadas. Uma técnica e uma médica. O resto todo mundo afastado. Tem técnico que não sabe fazer determinadas coisas então quando essa pessoa sai a unidade para. Meu objetivo é fazer com que a unidade não pare se fulana sair e se outra pessoa entrar as coisas vão continuar acontecendo. Sem o fluxo sendo comparido. Pra isso a gente precisa ter o fluxo bem alinhado, montar agora pra chegar dos novos profissionais.

**** *part_3 *perg_15.2 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_5

Em relação a coordenação do cuidado desculpa eu não consegui fazer. Sete meses assim eu fiz absolutamente nada em relação a coordenação do cuidado. A gente está só sobrevivendo aqui apagando incêndios.

**** *part_3 *perg_15.3 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_5

Acho que ações no território foram inexistentes. Isso mudou, isso é uma coisa que importante. Assim faz falta, isso a gente não teve ainda.

**** *part_3 *perg_15.4 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_5

Não sei te dizer porque eu não sei como era antes. Então não tenho uma referência anterior desse território. Mas o que eu percebo, por exemplo, é que não estamos conseguindo desde que cheguei. Ter articulação com escolas e com o CAPS por exemplo, que são minimamente os equipamentos que a gente recorre mais por causa da pandemia. Então o cuidado dessas pessoas ou está totalmente perdido na saúde mental. E nas creches assim as atividades na escola são muito importantes tanto do PSE quanto da própria da para gente fazer uma ação na creche. Então tem uma série de vacinas atrasadas, por exemplo, de criança. Acho que esse é o impacto importante. E acho que é isso. Eu não sei como é que era antes mas a atenção, o encaminhamento pros hospitais ou que chamam aqui o CER o que eu estou dizendo é essa desregulação. Aqui essa referência é muito ruim. Recebi por exemplo, não sei se está tudo superlotado, não sei como é que está pra eles mas a gente manda paciente grávida eles devolvem pra gente. Então assim eu não sei como é que era antes mas isso está acontecendo nesse momento pra mim pode ser que seja pelo covid ou não, eu não tenho essa resposta. Mas acontece com uma frequência assustadora aqui ainda.

**** *part_3 *perg_15.5 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_5

Como eu disse meu objetivo é fazer com que a unidade não pare se fulana sair e se outra pessoa entrar vou continuar as coisas acontecendo. Sem o fluxo sendo comparido. Pra isso a gente precisa ter o fluxo bem alinhado que é o produto montar agora pra chegar dos novos profissionais.

**** *part_3 *perg_15.6 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_5

Nossa! Acho que acho que ficou mais em pauta do que nunca. Então a gente tem tido reuniões frequentes e eu acho que tanto nível central quanto a CAP têm olhado muito e tem uma cobrança. De você fazer os registros no menor tempo possível pra essa informação chegar e pra gente poder planejar estratégias. Então acho que talvez nunca tenha tido uma ênfase tão grande no serviço de vigilância. Sempre deveria ter sido.

**** *part_3 *perg_16 *ida_2 *volta_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *geren_1 *temp_1 *ape_3 *especi_1 *tema_5

Não. Não. Acho que desde que eu cheguei já é igual ao que era. Não é assim. Eu acho que com WhatsApp as coisas tem sido mais ou menos esse fluxo. A nota sai e a gente coloca no grupo isso. Não garante necessariamente que todos os profissionais vão estar em tempo real olhando tudo. Mas tudo que é de muita importância eu convoco uma reunião pra gente discutir essa novidade que foi proposta pela nota técnica. Mas basicamente isso.

**** *part_4 *perg_1 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_1

Durante a pandemia a gente teve muita dificuldade na comunicação com a população. Então foram desenvolvidas algumas formas de comunicação visual. Temos comunicação audiovisual, reuniões com a população, tudo isso pra comunicar sobre a pandemia. As pessoas tinham muita dificuldade de entender como como era o contágio, como era o cuidado com relação a pandemia. Então a gente foi o que eu falei, a gente desenvolveu algumas técnicas de as lideranças como a comunidade, faixa, áudios, carro de som, tudo isso pra comunicar mediante esse fator. E do lado social, a gente teve que trabalhar também algumas parcerias pra distribuição de insumos porque houve um aumento do desemprego. Muitos trabalham no emprego informal e não conseguiram gerar renda no momento que teve a lockdown aqui no Rio de Janeiro. Então as ONGs trabalharam bastante a arrecadação de alimentos e distribuição de alimentos. A insegurança alimentar que foi trabalhada aqui inclusive junto com uma outra ONG um fator muito forte, as pessoas não sabiam o que que iam jantar principalmente. O almoço era garantido porque tinham muitas estruturas abertas, muitos serviços abertos que ajudavam, mas a janta não. Então isso foi um fator que causou angústia, causou ansiedade tivemos um aumento bem significativo de pacientes em sofrimento que chegaram aqui. Aumentamos bastante também o nosso consumo de medicamentos controlados e a prescrição também. Eu acho que esses são os principais fatores, a questão de violência não se aplicou durante a pandemia aqui no Complexo Alemão não.

**** *part_4 *perg_2 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_1

No período desse desastre da pandemia a unidade sofria muitos problemas estruturais. Fundação, teto nada disso a gente tinha. A gente tinha muitos problemas elétricos, hidráulicos, problemas de cabeamento, isso prejudicou a gente no lançamento de informações técnicas, prejudicou a gente na comunicação com a população, registro e qualificação dos nossos atendimentos. Esses eram os principais, além de conforto pra gente que não tinha. Como você falou os equipamentos como cadeira, mesa pra gente atuar. Isso em dois mil e vinte. E, a gente trabalhou de forma a entender a família num todo. Quando a gente orientava um paciente que é ele precisa vir ficar algo distante dos demais dentro do domicílio. Tentamos trabalhar com eles no seu domicílio. Como era a casa dele, como a gente poderia dividir a casa dele, como seria a orientação dentro do domicílio dele. Porque a gente sabe que as famílias aqui são numerosas e em domicílios bem pequenos às vezes três cômodos, dois cômodos pra uma família de seis, sete pessoas. Então, precisávamos entender a realidade de cada um pra gente poder orientar. Então, não foi feito uma orientação grande, porque não se aplicava à maioria da população, do alemão. Então, a gente tentava entender durante a consulta o paciente

adoecido pra gente orientar como seria o distanciamento, como seria os cuidados dentro do próprio domicílio.

**** *part_4 *perg_3 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_1

Eu entendo que a população, já entende como a realidade dela. Infelizmente brigaram muito pouco, lutam muito pouco por melhorias, de fato, estrutural do território deles, da população. Então, eles tentaram se adequar da melhor forma possível. Não houve falta de água nesse período da pandemia. Houveram sim algumas quedas de energia, isso é normal aqui no Complexo do Alemão. Isso faz com que as pessoas fossem para as ruas, que elas procurassem resolver esse problema. As principais lideranças tentaram trabalhar isso pra que não houvesse exclusão. Inclusive algumas lideranças trabalharam a entrega de chips de telefonia pra que melhorasse essas informações durante a pandemia pra população. Isso foi entregue aqui na nossa comunidade. Circulou, voltou a circular de uma outra ONG um jornal informativo pra poder trabalhar essas informações com a população.

**** *part_4 *perg_4 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Total. Foi falando pelo município do Rio comprado equipamentos hospitalares, sendo que a grande maioria da população adoecida eram de casos mais leves e chegavam na atenção básica. E na atenção básica a gente não tinha estrutura pra fazer o atendimento naquele momento. Muito se voltou pro conhecimento empírico ou técnico dos profissionais. Ficou muito a cargo das unidades também a sua organização, faltou uma liderança maior de como a gente deveria atuar. Os protocolos foram sendo atualizados mês a mês, mas deixando muitas brechas pra entendimento. Teve falta de insumos básicos para atendimento, EPIs também durante o início da pandemia e se focou muito em internações hospitalares, aquisição de equipamentos hospitalares. A maioria da população tava chegando aqui com casos mais leves e a gente tinha a possibilidade de evitar que muitos piorassem seus quadros clínicos. Como oxigênio mesmo, teve unidade que teve que desabastecer.

**** *part_4 *perg_5 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Mediante a uma normativa da secretaria municipal de saúde, nesse período que foi paralisado internações eletivas, cirurgias eletivas então não tinha porque encaminhar. Seguimos não encaminhando os pacientes pra esses serviços. Também foi autorizado o espaçamento maior de algumas agências, de hipertensão, diabetes, puericultura. A gente não tinha mais essa grande demanda de porta da atenção básica. A gente conseguiu dividir a unidade em duas, uma parte composta de seis consultórios pra atendimento dos pacientes que chegavam com sintomas respiratórios. E o restante da unidade pra atendimentos da saúde num todo.

**** *part_4 *perg_5.1 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_2

A gente conseguiu fazer a manutenção dos quadros de tuberculose, gestante, HIV, tudo isso foi mantido. Em certo momento, a procura aumentava bastante também. A gente teve que inverter o número de funcionários atendendo pra trabalhar com os fluxos de covid que aumentou muito. E também a gente teve uma grande vacinação dos profissionais. Então a gente quase que não tinha força pra atuar nas outras frentes. Então a gente priorizou os atendimentos de puericultura, pré natal e tuberculose e HIV.

**** *part_4 *perg_5.2 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Sim, sim. A gente deixava sempre profissionais como referência pra atendimento da demanda nos momentos de maior pico. Como a unidade não tem janela, é uma unidade fechada. A gente trocou o serviço de classificação, a gente subiu, criou uma classificação, subiu pra andar superior e só descia pra atendimento clínico. Quem não tivesse nenhum sintoma após a avaliação. Então isso diminuiu muito o número de atendimentos de pacientes casos agudos. E a gente focou bastante mesmo nos casos de covid.

**** *part_4 *perg_5.3 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Sim, havia um controle diário desses insumos. Os insumos como capote, máscara e principalmente luva eram quase que todos destinados ao atendimento de covid. Os serviços que consomem bastante como saúde bucal que foram interrompidos ou só foram atendimentos em casos de urgência mesmo. E os recursos foram todos destinados para o atendimento de saúde do covid. Em dois mil e vinte em alguns momentos foi bem escasso e teve falta de um ou outro insumo.

**** *part_4 *perg_6 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Os atendimentos foram garantidos. Os atendimentos de pacientes sintomáticos foram garantidos. Conseguimos fazer internamente muitas capacitações, toda vez que que havia alguma liberação de alguma nota técnica ou um estudo era publicado que beneficiava o atendimento, a gente capacitava aqui, que a gente queria dar o melhor serviço. O que não foi possível foi realizar muitos grupos, grupos de sofrimento, grupos de dor, grupo de diabetes, então isso fez com que aumentasse nosso pós covid. O nosso número de pacientes com lesões de pé diabético na unidade, alguns cuidados se perderam. Os agentes comunitários tiveram dificuldade na retomada do serviço. Então a gente teve uma descontinuidade do cuidado do paciente falando em uma unidade básica de saúde isso foi a maior perda nossa.

**** *part_4 *perg_7 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Muito se deve ao comportamento do profissional. A gente tem profissionais bem experientes. Aqui é uma unidade de escola. Então as pessoas tomam os profissionais são sempre antenados, sempre preparados pra novidade. Uma epidemia pega qualquer um de surpresa mas a unidade hoje tá melhor preparada fisicamente, estruturalmente e também com qualidade do profissional. Lógico, se vier um outro surto a gente vai

precisar estudar. Precisaremos adequar porque não foi o único fluxo que a gente fez aqui, a gente fez com mais de dez, e fomos nos adaptando cada dia. O que chegava montávamos, discutia e tentava aplicar, mas o melhor sempre foi a comunicação. Enquanto a gente conseguir comunicar com qualidade, entendendo, tirando o seus erros, fluiu muito bem.

**** *part_4 *perg_8 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_3

Essas informações vão chegar pra comunidade pelo serviço de saúde prioritariamente. As unidades de saúde devem respeitar as normativas. Primeiro aqui do município, estadual e federal. Então, havendo tempo hábil, velocidade na informação de transmissão desses serviços pra gente. A gente consegue replicar também pra população com maior brevidade. Hoje temos bastante canais de comunicação com a população. A mídias sociais, aplicativos de conversa faz com que a gente se aproxime cada vez mais da população e mas a gente hoje tá mais preparado porque a gente inclusive fizemos capacitação de treinamento pra criação de logo, criação de ferramentas de comunicação virtual aqui na clínica. A gente já consegue comunicar melhor com a população. A gente não precisa falar sempre com terminologia técnica e a população entende porque a gente também tem multiplicadores no território, a gente tem pessoas que vai fazer a nossa voz ter mais eco no território, que são as ONGs e as ferramentas sociais que eles têm lá.

**** *part_4 *perg_9 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_3

Estávamos impedidos naquele momento de através de algumas notas técnicas de realizar a visita domiciliar. Então não teve aquele famoso boca a boca dos agentes comunitários. Isso é muito rápido. Então, a gente ficou muito voltado nas redes sociais. Temos grandes parceiros aqui como Voz da Comunidade, Raiz em Movimento, Mulheres em Movimento. Então, a gente tem bastante parceiros que tem muitos seguidores moradores. Então a gente conseguiu comunicar bastante através deles, que eles que são o eco mesmo que fazem a nossa voz chegar no maior número mais amplo no território.

**** *part_4 *perg_10 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_3

Sim. Através da comunicação. Criamos faixas, tentamos comunicar o maior número, maior possibilidade possível de informações pra população. A gente criou até um painel de informações pra gente poder replicar onde eram os marcadores que tinham maior risco de naquela semana onde tinha maior incidência de covid naquela semana a gente tentava replicar isso pra população. Chegou até conter um painel na entrada de duas comunidades aqui do Alemão informando quantas pessoas tinham adoecido e ou óbito naquela semana. Isso pra orientar e alertar a população. Então acredito que sim.

**** *part_4 *perg_11 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *ape_4 *especi_1 *tema_3

Eu acho que é o engajamento. As informações estão sempre se apoiando. Acho que nas pesquisas técnicas, notas técnicas, nas orientações técnicas, mas o engajamento, o quanto que a unidade quer passar pra população. Quais são os públicos que a gente quer atingir. Como a gente vai atingir cada público, o que é diferente, a comunicação vai ser diferente seja por ordem social, por idade, a gente precisa atacar de um uma série de formas, mas precisa ter vontade de fazer, precisa ter conhecimento, precisa ter uma relação muito estreita com a comunidade, pra que a gente possa chegar em todos os nos espaços do território.

**** *part_4 *perg_12 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_4

Houve de baixo custo as parcerias pra criação de um grupo de costureiras que confeccionavam algumas máscaras com reaproveitamento de pano de tecido e pra dispensação no território. Houve também parceria pra criação de pequenas tomeiras que funcionava por bombonas nas entradas da comunidade pra que as pessoas lavassem suas mãos antes de entrar no comércio. Eu acredito que essas sejam esses dois exemplos.

**** *part_4 *perg_13 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_4

A gente precisa desenvolver mais, falar mais sobre isso. Eu, inclusive, tenho alguma dificuldade ainda, preciso me apropriar mais.

**** *part_4 *perg_14 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Acho que o primeiro sobre essa pandemia no momento que ainda havia muita dificuldade sobre o tratamento, essas orientações do Governo Federal eram muito difusas. A gente ainda tinha muita dificuldade de entendimento, tratamento.

Principalmente, com certeza foi o abastecimento de insumos. O que a gente recebia era nem vinte por cento do que era gasto, mesmo com a equipe trabalhando de uma forma a evitar ir pro gasto excessivo. A gerência teve que fazer parcerias com território, com o setor privado pra conseguir abastecer a unidade. A unidade chegou a precisar de papel, inclusive papel, máscara, capote, touca, a gente não tinha isso. A gente fez vaquinha pra comprar palha pra termômetro. Como eu falei essa unidade é uma unidade sem janelas então até nos espaços que não era atendimento de paciente sintomático a gente não tinha ar condicionado, então ficou tudo muito difícil. Além da questão do abastecimento, a gente tinha da mobilização, a gente precisava continuar incentivando o profissional no meio desse turbilhão de coisas que ele estava na linha de frente. O adocimento era constante, a gente sempre tinha um número excessivo de profissionais adocidos, o medo de levar a transmissão pra casa. Acho que elevar a autoestima, mostrar a importância do profissional, foi muito, muito difícil. Mas esse foi acho que um dos principais papéis da gestão da unidade.

**** *part_4 *perg_15 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Fizemos a criação de vários GTs. A gente teve um GT de comunicação pra população, a gente teve um GT de trabalho técnico, como é que seria os atendimentos do público, um

GT pra atendimento do covid, criamos alguns grupos de trabalho pra poder dialogar dentro da unidade, comunidade muito grande. Não dá pra deixar tomadas de decisão com cinco, seis quarenta e quatro profissionais, então a gente foi criando GTs que todo mundo sentisse participativo, que ele pudesse participar, contribuir. Então, a gente criou muitos GTs aqui pra que a gente comunicasse melhor no momento.

**** *part_4 *perg_15.1 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Ainda tinha muitos afastamentos também por sindicato, que os agentes comunitários não trabalharam, depois as gestantes, depois as puérperas. Então a gente tinha muita gente de fora que queria contribuir, então a gente foi criando esses GTs que eram online a maioria pra que houvesse melhoria na comunicação. E aqui a gente não passou os acordos técnicos, acordos de informação no próprio território.

**** *part_4 *perg_15.2 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Teve. Eu acho que essa resposta se aplica pra coordenação do cuidado também. A gente deixou alguns canais. A gente criou um WhatsApp pra equipe, pra que a gente pudesse falar com a gestante, pra que a gente pudesse dar maior orientação pra gestante, porque ela é uma paciente em risco ela vir a unidade também pra tirar dúvida, então a gente foi criando essas ferramentas. O espaçamento das consultas, ampliou, duplicou a distância entre uma consulta e outra do paciente diabético, hipertensão, pra evitar a circulação dele em território. Porque a gente não tinha força de trabalho pra atender covid e os pacientes rotineiros da nossa unidade.

**** *part_4 *perg_15.3 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Houve especificamente da tuberculose, o tratamento é conhecido como a dose supervisionada. A gente precisa administrar pelo menos três vezes por semana, ver o paciente tomando a dose, isso não acontecia. Então, a gente tinha que deixar o paciente bem ciente do que ele era muito responsável pelo seu cuidado e a gente dava a medicação pra ele a cada cinco dias, uma vez por semana a gente liberava a medicação dele. Então houve um impacto técnico também porque a gente teve uma maior incidência de abandono de tuberculose. Então assim, a gente teve muitos prejuízos.

**** *part_4 *perg_15.4 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_5

A gente se aproximou bastante da Fiocruz. A gente teve abastecimento de insumos assim pela Fiocruz. Começamos a atender as notas técnicas que a Fiocruz lançava. A parceria que o setor hospitalar quase que não aconteceu. Essa unidade de saúde ela está dentro de um complexo de saúde que tem um CAPS e uma UPA. E parceria junto a UPA, que é uma unidade de atenção secundária, foi muito importante porque os pacientes chegavam com maior risco de agravar, a gente conseguia rapidamente abrir um leito e subir o paciente pra que ele tivesse um cuidado maior. Mas que estreitou bastante porque há um problema histórico pra população entender o que é UPA e Clínica da Família nesse espaço aqui porque tá separado só por um piso. Então, isso

foi bacana com a população que já parece que entende melhor isso, de dois anos pra cá. Outros setores de saúde não.

**** *part_4 *perg_15.5 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_5

A gente teve que se adequar, porque como eu falei, houveram muitos afastamentos. No pior momento da pandemia a gente tinha em torno de vinte por cento sempre de profissional afastado. Isso impacta muito, muito. É lógico pra atendimento covid por ser uma unidade de escola a gente deixava sempre três profissionais. Preceptor, médico, um enfermeiro e um residente de enfermagem. Então assim, mesmo nesse momento de atendimento, a gente seguia como unidade de escola. A gente precisava continuar capacitando residente. Então, a gente tinha um grupo, um corpo de trabalho robusto no atendimento, mas pra outras áreas da unidade como imunização, procedimento cirúrgico, testagem, ficava bem apertado.

**** *part_4 *perg_15.6 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Vigilância e saúde falando especificamente da covid a gente criou um painel e tinha um grupo, um GT criado pra as informações, da produção do atendimento do covid. Esse painel a gente conseguia monitorar as manchas do território onde a gente tinha maior incidência era onde a gente trabalhava as informações onde tinha maior número de pessoas buscando atendimento. Então a gente conseguia monitorar desde um paciente que chegava pra cá com covid, adocimento, internação ou óbito com muita facilidade, com muita rapidez aqui. Isso foi criado por um grupo de quatro médicos aqui.

**** *part_4 *perg_16 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_1 *geren_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_5

Sim, sim. O atendimento a unidade não era climatizado, tava com muitos problemas de climatização, a unidade não tem um espaço como jardim, como um espaço aberto pra atendimento. Então, em certo momento o atendimento do covid foi pra área externa pra garagem e a gente comprou tendas, fizemos vaquinha pra comprar tenda. Quando o atendimento aumentou muito e as questões ambientais como chuva, o calor, o vento atrapalhavam. A gente mudou o serviço para uma área que é um grande saguão aqui da unidade seria a recepção e isso fez com que a gente também passasse cabos, que a gente passasse energia, cabo de rede e fizéssemos aquisição de impressora. Para garantir o atendimento no espaço mais ampliado, que comportasse o maior número de pacientes sendo atendido e espera pra atendimento. Então, a gente também fez adaptações físicas na unidade.

**** *part_5 *perg_1 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Então, a questão estrutural. Porque ali no Unidade a o crescimento é vertical, então isso dificulta que o ar circule. Então complica mais. A gente tem muita questão respiratória. Justamente por conta disso, tem muito mofo nas casas. Então, principalmente na covid e isso acaba prejudicando porque as casas são muito amontoadas, muito próximas uma da outra, não tem circulação de ar. E aí aumenta mais o risco de contaminação. Em relação

a violência não é tão acentuada na unidade. Embora eles basicamente ficam mais próximos do posto. Fica mais próximo da unidade mas não acredito que isso tem influenciado na busca dos usuários pra poder ter atendimento na unidade. Porque bem ou mal eles já estão acostumados com isso. Parece que sai tiro ou tem algum tipo de violência, eles continuam a vida normal. Em relação a unidade nós não temos estrutura nenhuma, teto caindo, sala com mofo, sala desativada. Isso interferia bastante no nosso atendimento, tanto que a gente ficava no atendimento de sintomático respiratório na parte posterior do posto. E a gente não tinha uma estrutura adequada pra poder oferecer pro usuário também passar por atendimento. Então ficava bem complicado. Era uma área relativamente aberta, mas não o mais adequado como a gente conseguia perceber em outras unidades, que tinha uma sala só pra isso, uma sala de observação. A gente não tinha nada disso, a gente só tem duas cadeiras de observação pra poder deixar o paciente enquanto tá no corredor. Mas outras pessoas que fossem passar por atendimento acabavam tendo algum tipo de contato. Então a gente não conseguia isolar completamente esse usuário do atendimento. Profissional, falta de profissional. Teve momentos que ficou só um enfermeiro e um médico no atendimento. E técnico, então a gente ficava se dividindo no atendimento. O atendimento não era do mais adequado, mas eu enquanto enfermeira ficava no atendimento de sintomático respiratório enquanto passava a avaliação pro médico que estava do lado de fora atendendo pra gente conseguir decidir qual seria a melhor conduta a fazer com o usuário. Então a falta de profissional prejudicou bastante. De certa forma amenizou que a gente na época da covid, quando estava a pandemia em grande mais acentuada, a gente não estava atendendo agenda. Então isso aliás atendia agenda, mas era gestante e criança. Então, era bem menos que a gente tinha que atender. Então, não pesava tanto, mas como agora estava voltando a agenda, mas ainda estava tendo sintomático respiratório. E mesmo assim a gente continuava com falta de profissional. Então, isso acarretava no cansaço dos profissionais também que ficava ali sempre atendendo e fica sempre naquele mesmo tipo de atendimento. Então ficava bem complicado pra quem tava ali envolvido. E voltando a parte estrutural. Isso de não ter uma sala, de como não conseguir dividir o atendimento adequadamente na unidade prejudicava e acabava contaminando também outros profissionais. Muitos profissionais ficaram afastados por causa do covid e aí a gente não tem como dizer se, se contaminou na unidade ou se contaminou fora. Que a gente tá ali num local de onde aparece de tudo. Mas pode ter sido fora também. Então a gente não tem como dizer. Mas ninguém estava cem por cento protegido.

**** *part_5 *perg_2 *ida_2 *rio_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Acho que estrutural, eu acho que a gente não tem capacidade. Acho que falta muita coisa ali pra unidade pra gente conseguir promover uma saúde mais adequada a gente não consegue fazer o isolamento, não consegue fazer um atendimento adequado, oferecer atendimento adequado por conta disso. E aí muitos profissionais também acabam às vezes visitando a unidade pra saber se vai ficar e acabam escolhendo por não ficar porque a unidade não oferece o que outras unidades maiores podem oferecer. A gente até consegue até certo ponto, consegue ser cem por cento. Alguns coisa a gente consegue, é claro que se a gente tivesse sobre vulnerabilidade estrutural, um apoio mais integral, a presença do Nasf. A gente poderia fazer um trabalho mais amplo. Mas é na medida do possível a gente consegue fazer alguma coisa. A gente consegue atender ali o

os nossos usuários. Os que estavam assintomáticos gente atendia se tivesse alguma necessidade de deslocamento pra emergência a gente fazia. Então eu acho que a gente ali consegue oferecer acho que o mínimo. A gente poderia oferecer mais, mas infelizmente por conta de estrutura, falta de profissional, necessidade de apoio, a gente não consegue ofertar mais coisas.

**** *part_5 *perg_3 *ida_2 *rio_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Muitas vezes eu já ouvi paciente chegando lá, se eu ganhar na Megasena eu vou ajudar a construir aqui o posto, eu vou fazer uma obra aqui nessa unidade. Às vezes eles colocavam a culpa na associação de moradores, já que a associação de moradores fica em cima do prédio da unidade. Então às vezes eles colocavam a culpa na associação falando nossa, mas o presidente não quer fazer nada aqui, não faz nada por vocês e tal, mas se fechar, se fizer aquilo uma obra ali, consentir esse ar condicionado ele vai funcionar direitinho. Mas eu acho até engraçado que eles têm essa preocupação, mas assim, é uma preocupação que fala da boca pra fora, porque realmente eu nunca vi nenhuma vez eles decidirem realmente tomar uma atitude. Eu acho que falta um pouco mais de envolvimento também da comunidade com a unidade, e a associação de moradores se envolver mais. Eles ficam preocupados com outras coisas. Não vi movimentação nenhuma. Inclusive muitos deles assim só botava a máscara pra entrar na unidade e continuavam circulando pela comunidade sem máscara. Eu sei que teve alguns lugares que até o tráfico influenciou nisso obrigando que utilizassem máscara, mas não foi o caso na nossa comunidade. Eles também não se preocupavam ou não se envolviam com essa questão. Continuavam a vida normalmente. É claro que quando estava aquele boom de casos, bem no início da pandemia, eles quase não procuravam a unidade. Ficavam com receio. Mas conforme as coisas foram ficando um pouco mais tranquilas eles começaram a sair sem máscara, só usava máscara na unidade. Muitas vezes a gente tinha que ofertar a máscara porque não tinha. Então a gente via que não tinha certa preocupação em relação a isso, ao disseminar a doença na comunidade. Outro mês, quando falaram que um estava contaminado, mandaram ele ir lá, passaram um monte de áudio, o povo começou a olhar torto assim pra ele. Acho que foi um dos primeiros casos que que apareceu lá na Unidade. A falaram que ele estava contaminado só que ele estava tossindo pra caramba e aí já começaram a olhar torto assim pra ele, foi na unidade a gente avaliou e viu que ele não estava com covid. Mas assim, esse foi acho que o único momento que eles decidiram se preocupar, porque fora isso passar nenhuma.

**** *part_5 *perg_4 *ida_2 *rio_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Eu acho que foi assim de certa forma equilibrada. Porque muitos casos, casos, embora a gente ficasse reforçando tudo mais deveriam buscar atendimento na atenção primária, e os casos mais graves pra emergência. Mas eu acho que ficou bem equilibrado porque isso até refletia no número de atendimentos que a gente tinha, que não era comum a gente ter cerca de quarenta, cinquenta atendimentos por dia de covid. E a gente de atendimento no geral de acolhimentos que realmente tinha alguma coisa pra variar, mas é durante a pandemia a gente teve bastante. Então logo no início eles buscavam muito a

emergência mesmo do hospital, mas acho que até por conta do medo de se contaminar, de achar que não tava, eles começaram a acessar mais a gente. E aí isso aumentou a nossa demanda também, mas a gente percebia que pelo menos, mais em dois mil e vinte que não a gente tinha casos mas não era caso tipo graves eu percebi casos mais graves mais pro final de dois mil e vinte, dois mil e vinte e um. Que teve dia que a gente tinha acho que praticamente duas ambulâncias que não é a nossa realidade logo no início. Então, isso reflete que os casos mais leves buscavam mais atenção primária, que os mais graves acabavam ficando mais pra emergência pelo menos isso é o que eu percebi.

**** *part_5 *perg_5 *ida_2 *rio_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Então durante o atendimento de covid a gente só ficou atendendo gestante, criança até seis meses. Hipertensos e diabéticos que fossem mais graves mantivemos renovação de receita. Vacinação também não tivemos, mas aplicação de injeções. Mas a gente tava mais focado pro atendimento de sintomático respiratório. Então é isso. Se a gente tivesse muito atendimento, muita gente esperando a gente pedia uma flexibilização lá na nos atendimentos. Eu tentava reagendar os que tava de prioridade de marcado. Mas é na medida do possível porque quando estava só com dois profissionais a gente não tinha nem como manter a agenda. Mesmo que fosse de gestante ou de puericultura. Mas essa foi a organização que a gente conseguiu fazer com a quantidade de profissionais que a gente tinha na unidade. E meio que seguindo que a secretaria também tinha proposto.

**** *part_5 *perg_5.1 *ida_2 *rio_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Então aí manteve gestante, puericultura até seis meses, hipertensão diabético mais graves, tuberculose, Hanseníase, mas não é o caso. A gente não tinha nenhum paciente. Mas as consultas mantiveram da mesma forma de gestante conforme o protocolo, uma vez por mês e depois de quinze em quinze, depois semanal, mas é aquele como eu já falei. Dependia de como é que estava de profissional na unidade, mas na medida do possível a gente tentou manter dessas pessoas Coleta também a gente deixou praticamente pra gestante. Então não estava disponibilizado pra todo mundo, justamente pra poder focar no atendimento de sintomático. Criança era consulta uma vez por mês e crianças até seis meses, que aí quando as mães iam lá pedir pra agendar a consulta, a gente orientava que aguardasse a normalização do agendamento. Que a gente estava seguindo que era o que tinha sido posto pela secretaria.

**** *part_5 *perg_5.2 *ida_2 *rio_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Não, não aparecia tanta. Durante segunda pandemia mesmo apareceu tanta demanda. Mas depois quando começou as coisas amenizarem a gente percebia que começou a aparecer demandas que a gente assim, já estava de paciente hipertensão, que estava com, ou, aliás, paciente com alguma queixa de dor no joelho, porque ninguém não tinha conseguido fazer algum exame suspenso por conta da pandemia. Então coisas que a gente conseguiria tratar numa consulta, eles começaram a aparecer mais nas demandas. Então acabou também aumentando o número de demandas por conta disso, já que a gente não estava agendando, começaram a procurar por conta de coisas que a gente

conseguiria resolver em consultas, agendar se a gente tivesse fazendo um acompanhamento normalmente.

**** *part_5 *perg_5.3 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Só nos que dos insumos que a gente utilizava na covid. O uso de máscara enfio. N95 teve uma época que a gente tinha que assinar porque que tava pegando máscara N95, porque não tinha o suficiente. Teve época que a gente podia disponibilizar pro paciente que não tivesse com máscara, teve outras épocas que a gente não podia mais disponibilizar porque a gente não tinha quantidade suficiente. Capote, a gente acabava usando um por turno ou enfio ficava um turno inteiro com o mesmo capote. Capote não era assim lá aquelas maravilhas mas é o que a gente recebia. Enfio acho que o controle maior foi em cima do material pra atendimento do sintomático respiratório. Os outros manteve a mesma coisa porque ele não tinha tanta saída. Igual de vacina, a gente não tinha tanta saída de seringa e tudo mais porque não estava vindo tantas pessoas pra poder se vacinar. Mas era mais essa questão do material pro atendimento de covid que a gente ficava mais em cima controlando pra poder saber se ia ter o suficiente pra semana ou não.

**** *part_5 *perg_6 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Enfio, o que não foi possível a gente fazer foi uma sala de observação. Que a gente não tinha estrutura pra isso, a gente fez a entrada do paciente que era sintomático respiratório. Ele andava pela lateral da unidade ficava um ACS lá na frente. E mudou várias vezes durante a pandemia, mas assim, essa aqui que a gente acho que utilizou mais tempo, ficava o ACS lá na parte da frente questionando se tava com algum sintoma respiratório. Que pegava os dados do paciente pra dar entrada no eSUS do nome do usuário e esse era direcionado lá pra trás, pela entrada lateral pra poder passar pelo atendimento. E aí a gente ficava utilizando a sala de procedimento, enfio a sala de procedimento ficou sem poder ser utilizada. Outra sala foi utilizada pra fazer os procedimentos. E aí quando eu tinha algum paciente a gente tinha que colocar em observação tinha que pôr no oxigênio, fazer alguma medicação, ele era direcionado um pouquinho mais pra frente no final do corredor pra ficar na cadeia enquanto fazia a medicação. E aí se tivesse algum paciente que fosse aguardar pra atendimento normal ele iria ficar nesse corredor também só que não tão próximo desse usuário que estava no sintomático respiratório. Porque essa foi a única forma que a gente tinha de fazer. Não tinha uma outra sala disponível que a gente pudesse utilizar de sala de observação. Enfio isso a gente não conseguiu realmente aplicar porque a estrutura física prejudicou bastante.

**** *part_5 *perg_7 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Não tá preparada. Na verdade, eu achava que a unidade deveria sair dali. A gente não tem estrutura suficiente pra isso. Falta um local pra gente poder fazer grupo, falta o local de atendimento de observação. Enfio é complicado, a gente fica se desdobrando pra poder fazer as coisas. As vezes não tem sala suficiente pra atender e a gente fica se

dividindo, batendo cabeça. Enfio eu acho que pra se vier acontecer novamente uma pandemia acho que a gente vai sofrer de novo. A não ser que passe por uma revitalização ali a unidade que se faça mais salas mas eu acho meio que impossível. A gente acaba tendo só obras de maquiagem e que uma está prestes a acontecer.

**** *part_5 *perg_8 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Eu sei que a secretaria fez mensagem pelo por SMS alertando as pessoas quando estava de casos suspeito. Mas isso a pessoa também precisava se cadastrar. Mas mandava mensagens de alerta. Acho que foi boa assim a divulgação da lavagem das mãos, do uso de álcool em gel, de manter o uso de máscara. Mas isso municipal, mas municipal também entre aspas, porque a gente também estava num período que o nosso prefeito era uma maravilha. Mas pelo menos ele não era tão negacionista como o presidente. E aí pelo menos a gente tentou fazer até a campanha de vacina de influenza que teve durante a pandemia. A gente utilizou um local que a gente não costumava utilizar, que foi o DETRAN pra poder fazer a vacina. Enfio a gente teve uma boa adesão. Acho que a adesão foi até maior do que a desse ano. Enfio eu acho que de certa forma teve uma boa divulgação pra incentivar as pessoas de evitar de sair de casa, de utilizarem os meios de proteção, de lavagem de mão e tudo mais. Enfio, de certa forma foi boa pelo menos não surtiu o total efeito, mas ajudou de alguma forma. E aí também não depende só da Secretaria de estar divulgando e solicitando a população, mas também depende da população. Como eu falei lá na unidade a embora soubessem eles não utilizavam máscara quando estavam andando na comunidade. Enfio ficava complicado também. Depende da consciência de cada um também.

**** *part_5 *perg_9 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Enfio sempre que eles buscavam atendimento a gente orientava do uso de máscara, lavagem das mãos, álcool em gel, da proteção. De evitar ficar saindo de casa só se fosse realmente necessário. Até paciente mesmo quando iam na unidade pra alguma coisa que não era assim totalmente necessário, a gente informava que ali não era o local de ficar indo por bobeira, por nada. Porque isso poderia acabar gerando risco do paciente de se contaminar. Enfio na medida do possível foi o que a gente conseguiu fazer, a gente não conseguia colar cartaz, nem carro divulgando alguma coisa porque realmente não tinha uma boa parceria com a associação. A gente não tem. Mas acho que mais por conta da associação, não por conta da gente que não faz muita coisa, mas na medida do possível que a gente consegue informar e alertar. A gente estava fazendo isso pra evitar até que a nossa demanda também aumentasse e aumentasse ainda mais os casos.

**** *part_5 *perg_10 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Não, acho que acho não. Acho que só mesmo essa questão, que aí já foi preconizado pela secretaria da gente diminuir a demanda da unidade de agendamentos pra poder focar no nos atendimentos dos sintomáticos. E aqueles que realmente não tinham como a gente adiar o acompanhamento. Agora o que foi feito assim mais pra amenizar talvez

pacientes de tuberculose que aí o ACS passava a entregar a medicação semanal pra evitar que o paciente tivesse que ir até a unidade, pra poder pegar a medicação. Enfio talvez seja isso que a gente possa ter feito pra poder tentar amenizar. Mas tudo foi orientações da secretaria, que a gente acabava seguindo. Acho que não foi nada específico da unidade que a gente decidiu fazer dessa forma, a gente não fez nada assim, foi tudo seguindo que era da secretaria.

**** *part_5 *perg_11 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Olha, é complicado, viu. Acho que primeiramente mudar as estruturas das unidades aqui. Eu sempre vou reclamar daquela estrutura daquela unidade. Porque é desesperador a gente tentar fazer o mínimo e a gente não conseguir fazer o mínimo porque eles não têm estrutura pra isso. E acho que a gente não tá totalmente preparado também porque faltava insumo, a gente tinha que utilizar o insumo que aparecia ou enfio utilizar mais do que o período necessário. Enfio não é só a gente, quanto o município, quanto unidade que estava, não estava preparado pra isso. Acho que o Brasil mesmo não estava preparado pra isso. Acho que nenhuma população estava, nenhum país estava, mas a gente acho que realmente ficou muito nessa questão de material mesmo de proteção que não tinha nada disponível, faltava, era um de péssima qualidade. Enfio acho que fica a dica pra se alguma vez acontecer novamente, que a gente esteja melhor preparado, mas sim.

**** *part_5 *perg_12 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_4

Enfio, não que tenha partido da gente. Teve usuários que realmente começaram a fazer máscara de pano. Começou a produzir máscara de pano e aí inclusive quando eu atendi eu falava que a Fulana estava produzindo máscara de pano pra poder incentivar que eles utilizassem a máscara. Enfio de certa forma assim foi bom até porque o valor era bem acessível. Enfio inclusive eu comprei mais. Eu acho que essa foi a única que eu me lembro. Acho que se essa foi a única tecnologia que foi realmente utilizada lá na comunidade. Foi logo no início mesmo. Começaram a falar sobre a produção de máscara e aí não sei se eu lembro de ter saído assim na mídia. Sobre como ela deveria ser feita, depois chegou até sair uma uma nota técnica pra gente falando de qual era o pano mais adequado, quantas camadas e tudo mais. Realmente eu não lembro. Lembro de eu ter disponibilizado essa nota técnica pra uma pessoa, mas não era lá da comunidade. E aí realmente eu não lembro se pra alguém da comunidade como que ela deveria ser feita. Mas eu recordo de quando eu pedi pra essa pessoa que fazia lá fazer pra mim. Eu tinha pedido da forma que era com três camadas. Essa técnica em si eu não disponibilizei, não cheguei a entregar pra essa pessoa, essa usuário que estava produzindo as máscaras. Foi fora lá da unidade, mas eu cheguei a falar com ela que gostaria que fosse com três camadas que era da forma certa. E aí eu não sei se ela produzia todas com as três camadas como deveria ser ou se ela produzia só quando eu pedia. Mas só essa teve outras também que estavam produzindo. Enfio isso também movimentou a economia lá na comunidade. Pelo menos até maio ela fazia máscara, porque eu encomendei máscara com ela no aniversário do Pietro. Mas ela na loja dela ela colocava uma caixinha bem na bancada assim. Enfio ela era de fácil

visualização pra todo mundo. Que passava por ali, via e é uma loja que é bem conhecida na comunidade, que é a Casa do Presente, que chama. Então era de fácil acesso pra todo mundo.

**** *part_5 *perg_13 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_4

Eu acho que assim mais voltada pra pandemia a questão da máscara foi muito importante porque muitas vezes tem pessoas que não trabalham, que ficam ali na comunidade. Estava impedida de trabalhar, então conseguiam ter acesso dentro da comunidade ao recurso da máscara, porque não tinham como comprar descartável porque acabou ficando muito cara e difícil encontrar na nas farmácias. Mas acabou que conseguiu dessa forma ter esse acesso mais fácil, a compra de máscaras.

**** *part_6 *perg_1 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_1

Eu acho que um pouco de cada subtipo desse que você colocou. Acho que a unidade lá é extremamente vulnerável e uma coisa vai colaborando pra pendurar para aumentar essa vulnerabilidade. Acho que é isso. Acho que estruturalmente falando a gente tava numa unidade que tem uma condição extremamente precária. A unidade é toda fechada, ela não é muito ampla, então se o paciente não aglomera em casa ele vai aglomerar na unidade. E começa por aí. A outra questão é onde eles moram mesmo. As casas são muito próximas uma da outra, o local. Você vai na rua e os quartos praticamente um grudado no outro, então propaga. E doença respiratória num piscar de olhos. Não necessariamente, mas tem esse caso. Tem também a ver a maioria das pessoas tem um poder aquisitivo baixo e isso aí também é associado a saber menos. No caso ali as pessoas elas sabem pouco coisas básicas e simples. Eles não sabem e o gente acaba muitas vezes associando ao baixo nível de clareza deles mesmo.

**** *part_6 *perg_2 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_1

Olha acho que a capacidade nossa de resposta acho que é mínima, e já começa pelo quadro de funcionário. E que está sempre reduzido, então acho que se você está trabalhando num local que você minimamente você não tem uma boa estrutura. Você não tem um número adequado de profissional, capacidade sua de resposta fica reduzida também. Que aí o que você poderia dar conta de determinado número de pessoas acaba caindo pela metade. Acho que capacidade na nossa reduzida. Bastante. A partir do momento que a gente não trabalha com quadro de funcional de profissional adequado, a gente não tem mais apoio à sede da família que eles fariam um papel brilhante assim ajudando a equipe mínima. Mas quando a gente a partir do momento que a gente tem pouca gente pra trabalhar, poucas mãos todo o resto acaba ficando prejudicado, as respostas acabam não sendo tão adequadas como deveria.

**** *part_6 *perg_3 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_1

Eu vejo um pouco que eles ali parecem que tem pouca consciência do que acontece ao redor deles. E às vezes eles agem como se tivessem no País das Maravilhas. Às vezes você está conversando sobre determinado assunto qualquer ciclo de vida eles dão uma resposta como tipo isso acontece aqui. E aí a gente fica assim é todo um trabalho pra desconstruir e construir as coisas que eles vivem ali. Porque pra eles é incomum usar

máscara. Eles entendem por exemplo que máscara tem que usar só quando você vai entrar na porta pra dentro do posto de saúde. Então muita das vezes eles chegam ali sem máscara e esqueci da minha máscara... eles saem dali sem máscara também, eles não usam, não tem costume de usar. Isso acaba dificultando um pouco porque quando a gente vai falar sobre diversos problemas respiratórios ou eles entendem que aquilo ali não vai mais... Não vou pegar isso assim. Seja porque eu me vacinei ou porque eu não pego esse tipo de coisa. Então acaba sendo um pouco difícil.

**** *part_6 *perg_4 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Creio que sim. Eu peguei a pandemia. Porque eu estava no segundo ano da residência. Assim eu lembro que a atenção básica ficou esquecida tanto porque não se tinha vacina. No início como coisa básica como uma máscara também não tinha, eu lembro que a gente tinha a nossa preceptora que dava a resposta de que a gente tinha que manter distância. E quando a gente reclamava, mas a gente vai pegar isso porque está no ar aí ela falava: Não, eu só manter um metro e meio de distância, não precisa ficar de máscara. Então assim eu acho que a atenção básica não sabe se deixou a desejar porque quis, mas acho que não foi pensado. Acho que no geral a saúde do Brasil não estava preparada pra que a gente encontrasse... Política merda também, perdão não estava preparado acho que é isso.

**** *part_6 *perg_5 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Então, eu chego ali na Unidade a com uma unidade com fluxo totalmente voltado pra síndrome gripal e síndrome não gripal, enfim. Os outros atendimentos, a equipe de resposta rápida ali nunca vi. Era somente uma médica e aí elas revezavam entre si devido como eu te falei o quadro de funcionário que foi muito pequeno. Enquanto que em outras unidades tinha uma equipe mínima responsável por ficar ali em escala. E aí com as saídas das médicas, a gente continuou esse tipo de atendimento de uma pessoa ficar a parte fazendo um atendimento com classificação de risco e já resolvendo os problemas gripais separados do restante das demandas da unidade.

**** *part_6 *perg_5_1 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Então, sendo sincera eu acredito que a gente está sempre sendo atropelado de um problema pra outro. Recentemente a CAP manda uma solicitação via e-mail pedindo que cada linha de cuidado voltasse a fazer o que já fazia e a síndrome gripal pega a gente de novo de surpresa. Toda vez que a gente vai dar um passo pra frente a gente acaba tendo que dar dois passos pra trás pra dar conta dessa demanda que está crescendo cada vez mais. Cada dia é um problema respiratório diferente, então acho que as linhas de cuidado não retornaram e talvez não retornem tão cedo como era. Apesar da gestão exigir isso de certa forma.

**** *part_6 *perg_5_2 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Então a gente veio de uma mudança também de gestão local. A gestão anterior foi bem incisiva nisso de que quero X número de atendimentos marcados quero X número de atendimentos por demanda e com certeza estava sobrecarregando muito mais a equipe que já é reduzida. E com a mudança dessa gestão agora que chegou pra gente. A gente já tem um pouco mais de flexibilidade, ela entende que não é. Não é porque vocês

estão fazendo menos do que o que é cobrado, que vocês estão fazendo ruim que está mal. Eu só preciso que vocês sejam mais ágeis mas atendam tanto quanto for possível e com qualidade. Isso acaba melhorando um pouco a nossa visão quanto profissional porque a gente tava colocado ali como uma máquina. Eu quero que seja X me explica portanto e no final eu quero tanto um conteúdo que eu não via no vídeo eu só via quantidade acho que isso ainda está sendo cobrado mas de uma forma um pouco mais natural.

**** *part_6 *perg_5_3 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Olha, assim, sendo sincera, não vi diferença não. Todos os materiais que a gente tinha ou não tinha a gente continua tendo ou não tendo Mesmo com esse avanço aí com a melhoria. Uma diminuição dos casos a gente continua com a mesma falta de materiais. Acho que é uma unidade que é muito esquecida. Isso afeta muito porque não só em relação a covid não. Mas pra você trabalhar bem você tem que ter condições mínimas. Adequadas. por exemplo eu atendo diversas vezes em sala sem ar condicionado hoje o paciente chegou pra mim e falou nossa é impossível você conseguir atender esses pacientes nesse calor licença vou precisar abrir a porta e aí ele para falar um pouco menos do que ele precisa comigo, porque se ele falar alto, quem tá lá fora escuta, mas em contrapartida ele não consegue ficar dentro do calor, então são pequenas coisas, uma impressora também que não funciona, são pequenas coisas que no final faz muita diferença. Acho que vocês a condição estrutural pra mim é ter um papel muito relevante Nesse programa e processo de trabalho.

**** *part_6 *perg_6 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Devido acho que a quantidade menor de profissionais, acho que retomar grupos Além da questão do local em si a clínica é muito pequena. Então eu lembro que vai ter que retomar com grupos. Aonde a gente vai fazer? A gente vai tentar pegar um espaço pra particular da igreja e tal. Então assim, vi que não era possível e não foi possível fazer. A gente tem escassez de profissional e carência de espaço físico também que acaba dificultando muito esse processo de trabalho.

**** *part_6 *perg_7 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Eu acho que mal comparando não só a minha unidade, mas eu acho que no geral não vou nem dizer só o Rio acaba sendo tudo a gente é como se fosse assim recrutada o profissional, coloca pouca ou nenhuma arma na mão dele e fala pra ele, vai à luta. Que é tipo isso a gente não tem muitos meios, mas a gente está assim, principalmente enfermagem tenta tirar água de pedra só que chegou uma hora que a gente fica muito saturado. Acho que eu tenho visto, tenho tido exemplo de amigos que estão desistindo da estratégia. Porque isso, é muita cobrança e você não tem um retorno, você não tem além do financeiro, vamos dizer assim. Essa gestão vem muito com essa coisa do vou te pagar aquilo que você merece, mas eu quero que você suque. É tipo isso. Acaba gerando um problema eu acho que pra além do físico. Às vezes acaba que vai gerando até psicológico porque a gente pega o profissional já saturado. Pagar eu estou ganhando bem, mas não estou aguentando mais. Acho que é bem desse jeito.

**** *part_6 *perg_8 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

A gestão direta, local como a gestão a nível municipal, estadual e união. A tomada de decisão é muito de cima pra baixo. Eu quero que seja X, só que eles não olham as particularidades de cada local. Acho que essa é a grande sacada se você pelo menos tivesse uma direção única, mas que fosse equânime, que fosse de repente olhar um pouquinho mais pra determinado local. Porque lá está faltando e o outro menos, mas não deixa de olhar talvez as ações fossem melhor executadas. A gente tem na nossa cap, a nossa unidade é tida como uma unidade muito pequenininha, que não tem trabalho, que tudo que a que é feito é muito pouco. Mas é pouco não é proporcionalmente falando, que as pessoas dizem isso. Acho que elas falam lendo um número bruto. Acho que nem se que analisarem. É tipo cinquenta tu tens de menos é muito pouco, mas quando você olha cinquenta atendimentos pra uma equipe que basicamente está composta de duas enfermeiras e uma médica, isso é muito. Eu acho que é isso eles ó eles tinham que olhar de forma mais equânime não olham.

**** *part_6 *perg_9 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Eu chego mais na metade, não pro final, mas na segunda metade, então eu não consigo te dizer como foi antes, mas acho que assim, ali acaba tendo muito pouco tempo pra você falar de promoção e prevenção. A gente acaba lidando com os problemas ali, tentando remediar o que foi feito. Não vejo muito assim não consigo ver como tendo sido um bom trabalho da unidade nesse sentido não. Acho que não deu certo. A gente só apaga fogo. Acho que é isso.

**** *part_6 *perg_10 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Acho que foi pedir para as pessoas usarem máscaras e só entrar lá de máscara. Não vejo outra coisa.

**** *part_6 *perg_11 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Nunca vá pra uma batalha sem antes você ter sabe. Saber com o que você vai estar lidando ou minimamente você ter armas pra lidar com o problema. Acho que eles são esses. A gente a gente tem condição sim mais a menos que a gente tenha condição mínima estrutural, econômica. Acho que a lição é essa. É possível, mas é possível um pouquinho mais organizado. Não do jeito que acho que a coisa se deu e que tem se dado.

**** *part_6 *perg_12 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Olha como eu falei eu não fiquei lá na época somente covid. Mas agora com a gripe o que a gente tem usado por exemplo, às vezes o uso da diátrona não está agindo como um anti térmico, não está dando conta e a gente pega compressa fria. E aí a gente põe na virilha principalmente da criança e tem funcionado. E uma medida que tem ajudado e muito a baixar a temperatura colocando água gelada ou compressa fria nessas áreas

mais quentes. Assim, acho que é um exemplo mais prático, mais barato e mais eficaz que a gente tem usado ultimamente.

**** *part_6 *perg_13 *ida_1 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_a *ubs_2 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Olha eu acho que tudo que é possível ser feito, com baixo custo e efetividade, boa efetividade é bom. Porque isso a gente lida com uma galera que a maioria não tem muito estudo não tem um é uma condição econômica boa favorável. Então quanto mais a gente puder lançar mão de tecnologias leves, de materiais de fácil acesso, acho que é melhor.

**** *part_7 *perg_1 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Então, em relação a parte estrutural apontando a nossa unidade em si, eu particularmente vi assim por ser um local bem menor uma estrutura pequena com difícil acesso pra organização de consultas direcionadas pra gestante. E dividindo até cada indicador que a gente tem que fazer com a população a importância dessas pessoas. E aí com a pandemia a gente teve que separar setores e organizar pra atendimento e aí dificultava aquele local pra conduzir melhor as consultas. Ter separado individualmente ali porque às vezes a gente tinha que sair de uma sala pra outra. Assim eu não sei bem organizar as palavras, do que eu quero dizer, mas no meu ver a Unidade a teve muita dificuldade nisso. Na parte não estrutural é no segundo. Que é a parte do que tem ali dentro como você falou a eletricidade a parede não é isso. Então assim, essa parte foi bem difícil, a gente comportar adequadamente direcionando para as consultas. Então assim você não teve um ambiente adequado. Apesar de ter o ambiente além das dificuldades e já era existente. Na unidade com a pandemia a gente teve que direcionar alguns dos setores pra atendimento focado nisso. Então você reduziu mais salas pra atendimento, assim não foi muito bem organizado e isso dificultou muito. O atendimento como a gente poderia oferecer. Então nesse período corrente da pandemia a questão social eu vi que também impactou muito porque além de eles já sofrerem uma situação de acesso, questão de profissão, vida financeira e isso impactou muito o que a gente viu. Assim normalmente no quadro dos territórios de comunidade eles são o que a pouco sem a cultura. Mesmo sendo bem explicado nas rádios telejornais não há no próprio posto de saúde a compreensão deles. Nisso não eram também muito boa a aceitação, apesar de ter uma orientação em cada consulta ou em cada momento que eles fossem na unidade. Eles culturalmente não aceitavam muito, não. Acredito que eles achavam que era uma coisa assim mais simples e ficavam meio que a vontade, sem ter aquela proteção. O uso de máscara, álcool em gel, distanciamento, eles não se adaptaram no começo muito a isso não.

**** *part_7 *perg_2 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Não tinha essa estrutura organizacional não. Era bem a gente que direcionava assim, a não a secretaria em si. Mas a própria estrutura pequena ainda ter algumas salas fechadas devido a obra ainda inacabada. E a sala não poder ser acessível pra utilizá-la, então isso só dificultou porque tinham todos os profissionais. Teve um período que alguns profissionais foram sendo afastados, o que também dificultava. No atendimento na parte que os indivíduos iam procurar a unidade pra atendimento, e agora no momento que a gente conseguiu a entrar em obra. Então foi dividido as equipes pra atendimento em

locais emprestados como uma igreja e uma outra unidade. Então assim a gente tenta organizar os locais adaptados por uma clínica da família que é próxima a nossa. Mas mesmo assim eles já tem todo um fluxo, uma metodologia montada pra eles. E assim a gente está se adaptando e não está sendo assim muito fácil porque como tem ainda essa parte do aumento novamente da nova cepa e aí a quantidade de indivíduos testando positivo, dificultou o nosso processo já programado pra atendimento. Agenda pros indivíduos nessa unidade. Enquanto lá também, apesar de ser uma igreja organizada com consultório, o máximo possível de planejamento pra atendimento e também ficou difícil por causa disso. Do aumento de indivíduos positivo e também a própria população ficando com medo, não buscando. A maioria ainda tem essa dificuldade nesse momento que teve esse aumento de buscar o seu atendimento, a continuidade do planejamento de família e tudo mais.

**** *part_7 *perg_3 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Na verdade eu acredito que não. Assim eles têm muita dificuldade de falar por questão ambiental, eles ainda não têm aqui uma organização não programada. Uma organização no território deles sobre a questão de esgoto, saneamento, também da questão da própria proteção de uso ideal de máscara no ambiente que eles estão. Porque até então só enquanto entram em um local que é obrigatório e utilizam dentro do espaço deles, eles não utilizam. Eles não têm muito essa questão de fazer aquilo que é ideal pra saúde deles. A dificuldade também é acesso ao trabalho. Aumentou muito o desemprego no local e algumas famílias durante a pandemia foi feito um projeto muito bom sobre ajudar com cestas básicas ou levar um quilo de alimento. Isso ajudou muito, depois disso foi cortado. Então assim, a gente ainda vê muitas famílias passando necessidade num território bem próximo a unidade. Você vê realmente famílias sem esgoto nenhum, perdendo até o acesso, às vezes de não sair de casa se a maré aumentar subir e essa dificuldade pra sair do local. Então com isso assim aumenta o risco na saúde desses indivíduos por causa dessa condição precária em algumas casas e é isso.

**** *part_7 *perg_4 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Acho que sim. Assim foi porque apesar da atenção primária ser a porta de entrada com as a população, com os indivíduos que apresentavam os primeiros sinais, mas na maioria tudo era direcionado pra resolução ou para um agravado dos sintomas nos hospitais. A população já ficava até pouco recessa em atenção primária porque a gente não tinha uma resposta nem entendimento ainda da doença em si. Da pandemia assim você não tinha recursos de saber como se tratar de uma forma a amenizar como hoje já está sendo. Você fazendo os testes você já sabendo se é ou não pra identificar se a doença está ali e direcionar pra uma coisa se tivesse um paciente mais agravado. E aí você direcionar pra atenção secundária. Então eu acredito que foi direcionado sim pros hospitais.

**** *part_7 *perg_5 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_2

É assim, foi separado o setor da unidade que era um espaço assim mais aberto, livre, até mais adequado pra esse tipo de atendimento separado com os outros pacientes já pra que estavam marcados pra consultas que eram gestantes, crianças, pacientes descompensados de hipertensão ou diabetes. E ficava o médico nesse setor em atendimento e tinha o apoio da equipe de enfermagem, da Odontologia pra tá testando.

Porque a quantidade às vezes aumentava e dali mesmo se necessitasse nesse excesso de encaminhamento ou vaga zero era feito ali essa organização. O setor só de atendimento separando os indivíduos pra não estar em contato um com os outros. Tinha um distanciamento correto, era bem organizado também isso pra questão de atendimento já programado, demandas que também ocorriam. Então era bem dividido. O médico e o profissional que estivesse ali com o médico ficava o tempo todo paramentado seguindo bem as diretrizes para pôr por atendimento.

**** *part_7 *perg_5.1 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_2

É, as linhas de cuidado foram mais direcionadas quando a secretaria enviou que a gente teria que tá atendendo as gestantes, crianças até seis meses. Depois organizaram pra até um ano, paciente, diabéticos, hipertensos que estavam apresentando alguma complicação ou muito tempo sem a consulta no caso diabéticos e hipertensos com complicações de órgão alvo, pacientes HIV imunossuprimidos acho que era isso.

**** *part_7 *perg_5.2 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_2

É, teve alguma, assim, em alguns momentos eram suspensas. A gente prorrogava essas agendas. Mas como estava tendo aumento de demandas dentro da unidade, e a unidade por ser o local pequeno e aí não comportava. Se for colocar junto com as vacinas então. Assim não comportava muita gente. Então reorganizaram às vezes a parte da vacinação até em outro local pra não ter aglomeração e as demandas eram livres, tanto no turno da manhã quanto turno da tarde. Sem delimitar horários, mas só organizando em questão de agravos de pacientes com sintomas agudos e os crônicos a gente prorrogava uma consulta agendada. Postergava um pouquinho pra frente.

**** *part_7 *perg_5.3 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Como a nossa unidade estava com dificuldade de salas porque estava uma sala impossibilitada de utilizar. Então a gente utilizava numa mesma sala atividade pela manhã de coleta de exames. Após isso era usada para o atendimento de procedimentos como curativos, procedimentos injetáveis, eletrocardiograma, tudo numa mesma sala, mas com organização de agendamento. E principalmente os eletrocardiogramas, a organização também de agenda, os exames pra não ter uma quantidade de indivíduos que poderiam estar aglomerados ali na unidade. Na parte dos curativos também era bem organizado o momento que eles estariam ali devido a ser somente numa sala. E funcionava assim as agendas também nos consultórios que era dividido pelo profissional. Tinha um profissional de nível superior pra ficar na escuta inicial pra poder avaliar ali se era uma demanda pra ser avaliada naquele momento ou programando uma consulta posteriormente. Os materiais e insumos ficavam todos nessa sala que é uma sala de procedimento. Então assim, somente da parte da testagem pra covid que era assim tudo era sempre dentro do local do procedimento ou da farmácia. E de manhã já era separado pelos profissionais pra organização de cada sala pra funcionar naquele dia.

**** *part_7 *perg_6 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Assim, o que foi possível ser feito que a gente via mais frequente ali dentro da organização das agendas da gestante, das crianças que eram feitas. Mas os pais eu vi que eles não tinham muito acesso, por que ficavam receosos. Algumas gestantes

também eu observei que estava em depressão ou com ansiedade devido tudo que a gente estava vivendo na pandemia. Então por eles mesmos optarem a não ir na unidade, então você via falta nas agendas entendeu. Mas era uma coisa que mais acontecia. Você via presente ali o acompanhamento do pré-natal. Isso a gente tinha mais frequente nas unidades. Apesar de alguns idosos comparecerem pra consulta de hipertensão e mais ainda diabetes, isso era bem notório. E teve um período também de aumento de atendimento em demanda espontânea. Isso aconteceu muito também. Das consultas dos hipertensos e diabéticos não foi possível ser feita, porque às vezes tinha uma dificuldade no caso da gente programar as consultas e de repente havia uma mudança. E colocar nessa pergunta aí a vacinação. Isso dificultou demais o nosso atendimento organizado. Organização e falta de profissional na nossa unidade a gente teve muita saída. Perda de alguns profissionais do nível superior que impactou muito no atendimento. E aí a gente não poderia assim dar conta daquele atendimento porque você estava ou direcionada pra vacina ou direcionada pra atendimento de sintomas respiratórios. E aí você tinha que cancelar as suas agendas, principalmente do acompanhamento do hipertenso e diabético. Da gestante e criança não, a gente não deixava de atender. Mas esses pacientes, esses indicadores de hipertensão e diabetes, realmente isso foi comprometido. A gente não teve muito resultado positivo não. Esse a gente falou um pouco sim. Mas acredito que devido a falta do profissional teve um período que eu só tinha dois enfermeiros e uma médica com três equipes na unidade. E isso impactou. Às vezes o médico estava com uma folga então uma ficava no setor de atendimento de sintomas e a outra pra demanda. E aí aquela que estava lá na no atendimento pra sintomático teria que remarcar aqueles pacientes que estavam programado. Você já tem uma preparação porque assim a gente está vivenciando mudanças de gestores. Esperei de colocar isso que isso também impactou um pouco com o nosso trabalho. Apesar de estar está ali é uma coisa assim que foi rápida na mudança, mas até assim organizar cada um com seu modo de ser o gestor daquela unidade. E aí a modificação sendo feita isso também não dá muito pra perceber. A gente está em mudança ainda. Mal entrou a nossa nova gestora da unidade e quando a gente estava organizando pra se adaptar, um novo enfrentamento e organizar um fluxo normal da unidade. A gente teve que sair pra estar dividido como eu falei as equipes numa igreja e a outra numa unidade próxima a nossa.

**** *part_7 *perg_7 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Acredito que sim, eu acho que agora já está com todo os profissionais. Cada equipe está composta por todos os profissionais da unidade. Então eu acredito que a gente está preparado sim. A organização já vista antes da gente entrar em obras já estava tudo sendo bem programado. A forma de fluxo, de demanda pra sintomáticos, vacinas, atendimento, visitas, grupos. Já estava tudo já programado pra organizar. Eu acredito que sim.

**** *part_7 *perg_8 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Acho que a comunicação ela acontece realmente. Ela é de fato multiplicada por diversos órgãos, seja ele através da internet ou através da saúde. Os presidentes de associação têm uma fala assim direta a visita do agente comunitário de saúde informando a população. Eu acho que isso ocorre muito bem. Assim, eu acho que a população ela tem isso em tempo real, isso acontece.

**** *part_7 *perg_9 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Durante a pandemia o acesso pra comunicação pra esse tipo de população de risco era justamente através do agente comunitário. Além disso eu lembro que na unidade y foi feito assim a vamos colocar tipo uma varredura. A gente usava o termo de pente fino em cada território foram descritos a quantidade de indivíduos que moravam em cada domicílio sem muito contato era só uma pergunta objetiva. Pra entender melhor aquele quadro do território e ali também era sinalizado era tipo um check in já colocava o endereço, o número daquela daquele domicílio quantos habitantes naquele domicílio, qual o tipo de doença, se era portador de que tipo de doença. Que o familiar ali poderia dizer hipertenso, diabético, gestante, criança, enfim. Então a gente tinha um entendimento maior. E eu acredito que melhorou pra alguns que a gente tinha perdido. Porque como eles tinham medo, alguns idosos, até de sair de casa, então através disso foi melhorando o entendimento da própria comunidade ali. Do quantitativo da sua população que estava em risco e você não sabia. Idosos acamados pelo menos assim foi uma experiência que eu vivenciei em outra unidade que foi bem bacana.

**** *part_7 *perg_10 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_3

E a medida de risco são as orientações de distanciamento, prevenção, uso de máscara, o álcool em gel, evitar sair de casa, só quando era necessário. Essas foram as medidas mais utilizadas.

**** *part_7 *perg_11 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Acredito assim que o povo em si culturalmente não está preparado pra uma situação dessa. Uma situação que foi bastante difícil. Até você obter o conhecimento do que estava acontecendo e a vivência da atenção básica você via realmente a falta de como é que eu posso dizer? Quando a pessoa ela realmente ela não entende ou não aceita aquela situação não compreende de fato o risco que está vivenciando e não seguir aquilo. Então assim, os profissionais por mais que passassem isso a secretaria de saúde, o ministério da saúde detalhando a cada dia através das redes sociais, do informativo no momento ali, na hora. Mas mesmo assim o que impactou mais foi a dificuldade de compreensão da população de se adaptar ou aceitar, ou de fato o que era solicitado, que era pedido pelo ministério. Os cuidados essenciais pra evitar ou diminuir o contágio, a transmissão. Isso pra gente impactou muito também a questão da dificuldade de insumos também enviados no começo porque faltou bastante insumos. Tanto pra proteção nossa como proteção pro indivíduo quando vinha nas unidades, e não tinha máscara. E às vezes faltava dentro da unidade. Enfim, foi mais ou menos isso que eu entendi. Porque se a gente for pensar mesmo assim, teve muito mais coisas. Muito mais coisas. Porque assim, como eu vivenciei dois locais diferentes um com uma estrutura muito grande, uma unidade grande, com dez equipes, a deficiência também de profissionais no caso de médicos e só os enfermeiros estando de frente e tendo que direcionar a maioria por uma unidade mista. A gente ficava sem poder ter o término e a resolução pra aquele indivíduo no momento. Claro que se fosse uma coisa mais grave tínhamos condições de solicitar uma ambulância, vaga zero pelo profissional médico naquela unidade. Que eu vivenciei isso. Impactou muito com a gente. Foi uma coisa bem difícil porque assim, uma era unidade que a maioria era residente. Então estavam mudando isso era uma coisa normal. E aí quando eu mudei pra cá a estrutura bem

diferente uma da outra. E por ser menor a quantidade de paciente de indivíduos que querem acesso naquele momento e sem compreender isso que eu acabei de falar, que é entender o que está acontecendo que a gente estava vivendo. Que era necessário distanciamento, que era necessário estar dentro de casa, que aquela condição que o paciente às vezes ele relatava era uma coisa que poderia ser programada, postergando uma consulta com mais atenção aquele indivíduo, numa coisa programada do que ele está ali se colocando em risco. Para um momento que ele achava que era necessário. Então isso também impactou muito a dificuldade de um atendimento à população e compreensão deles. Não sei se pelo fato de ser culturalmente já do perfil daquela população ou realmente falta de informação. Que também tem isso. Por mais que a informação venha pela mídia venha de maneira real ali através dos telejornais. Então, da própria unidade de saúde, dos agentes visitando ou através da mídia informatizando ali pra eles todo o contexto necessário. Um atendimento porque a unidade a tem esse perfil muito mais ativo do que eu vivenciei na outra unidade, através da mídia eles se comunicam muito rápido. É uma coisa assim na hora. Ai a resposta pra eles também sai na hora. E isso por um lado era bom e no outro era ruim porque não tinham muito essa aceitação do que estava sendo orientado por eles que era a prevenção, era não se colocar em risco.

**** *part_7 *perg_12 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *ape_3 *especi_1 *tema_4

Não vi não.

**** *part_7 *perg_13 *ida_4 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_a *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *ape_3 *especi_1 *tema_4

É eu acho importante. Uma coisa que vai ser fundamental é a utilização de cada comunidade porque a gente vê situações precárias. Falta de alimento como você deu um exemplo aí que eu desconhecia que hoje a população ela vê muito. Assim a minha visão está na atenção básica eles têm um olhar assim com muita facilidade daquilo que eles podem obter e não tem a percepção deles mesmo. Do tipo do autocuidado assim o que eu posso fazer pra ajudar na minha condição de vida. Então assim eles precisam cada vez mais de informações, dessas ferramentas e se isso é assim... eu falei eu desconheci essa da alimentação como você falou. Apesar que assim hoje você vê em alguns lugares principalmente eu vejo também na unidade a é uma forma de sustentabilidade deles em plantações às vezes adquirir alguns tipos de verduras e alguns legumes no seu próprio ambiente. Tem outras tecnologias sociais, mas pode ser que sim. Então, isso assim, pra mim no momento eu acho que seria importante ser divulgado para aquela comunidade em si, porque como eu falei assim como eu tive pouco tempo eu fiz um ano na unidade agora. Na Unidade a e entrei no período da pandemia e é uma dificuldade. Claro que teve visitas realizadas no território, mas não foi ainda renunciado um conhecimento assim de fato com mais precisão de quais são as necessidades que eu poderia identificar e eu acho que com isso que você está trazendo esse trabalho seria de bastante importância pra gente poder multiplicar isso. Para os indivíduos, pra nossa comunidade, nossa população em si.

**** *part_8 *perg_1 *ida_1 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_1

Eu acho que tem alguns fatores de riscos relacionados. Quando a gente fala em desastre a gente vê que em relação ao estrutural que você citou tem um exemplo aqui bem próximo a unidade. A gente observa que tem casas, algumas construções que são

construídas de formas irregulares. A gente observa que não tem uma estrutura tão forte. A gente consegue ver visivelmente que a construção é torta, que tem um risco bem grande de desabamento. Além da gente ver que no topo da comunidade são construídas casas em cima da outra sem uma estrutura adequada. Quando você fala também sobre a questão de saneamento, a gente vê que o saneamento básico também não é tão bom. A gente tem casos recorrentes de gastroenterites por conta disso, por não ter um saneamento básico tão eficiente. E tem um outro fator que você falou assim que é a questão de que é falar das janelas. A gente observa que tem muitos domicílios que não tem uma circulação de ar. Isso faz com que a contaminação aumente, que seja mais frequente. Porque eu estou ali produzindo aerossóis contaminados com o vírus que podem se disseminar rapidamente. Porque a gente não tem essa circulação tão eficaz que é a única entrada e saída de ar daquele ambiente. Então aquelas pessoas que são consideradas contatos desse paciente com tuberculose ficam naquele ambiente sem circulação por horas. O que aumenta a chance de adquirir também a doença pela questão da covid-19 também. Eu acho que é um fator bem importante porque essa ausência de circulação de ar que a gente observa em maior parte dos domicílios, assim essa ausência de circulação por falta de janela mesmo.

**** *part_8 *perg_2 *ida_1 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_1

Começando pela questão da circulação, a gente trabalha muito a questão de orientar com que as portas fiquem abertas, que fique o mínimo de pessoas possíveis naquele ambiente. Se tem alguém com contaminação em relação a covid ou tuberculose a gente orienta um distanciamento entre as pessoas, pra que não fiquem tão próximas ou se há alguém contaminado no ambiente que essa pessoa use máscara pra reduzir o risco de contaminação das outras. Agora sobre saneamento, a gente sabe que no Rio de Janeiro como um todo não é da maneira que a gente esperava. E a gente trabalha muito com orientação pra higienização das mãos, dos alimentos em si, lavar bem as frutas, verduras. Se a pessoa não tiver acesso à água filtrada, que ferva a água antes de consumir. A gente sempre tenta trabalhar com essas orientações pra tentar diminuir o risco de contaminação que a gente não tem um saneamento básico que é tão confiável nesse sentido. Agora em relação a estrutura, eu confesso que na unidade desconheço os meios que a gente pode estar atuando pra melhorar nesse sentido estrutural da comunidade. Mas eu acredito que um dos meios seria acessando de repente a associação de moradores, os apoiadores locais, pra gente tentar construir estratégias nesse sentido. De repente até existe já, mas enquanto unidade de saúde não tenho muita aproximação com essa temática assim.

**** *part_8 *perg_3 *ida_1 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_1

Uma das formas que a gente vê é a população cada vez mais acessando os benefícios sociais que a gente tem, que é Bolsa Família, cartão família carioca. E agora o bolsa família que virou auxílio Brasil. Até pelo grau de vulnerabilidade quando a gente fala em questões de renda também, a gente tem cada vez mais usuários acessando esses tipos de benefício. Não só esses, mas o loas e outros benefícios. Dessa forma acessam também muito a unidade de saúde pra recorrer com essas situações não só de benefícios, mas também relacionadas a saúde. Porque a gente sabe que quanto maior o grau de vulnerabilidade local a gente fica mais suscetível a determinadas doenças. Então a gente tem trabalhado muito com essa questão respiratória. Inclusive tem sido um dos nossos maiores números de demanda mesmo por questões

respiratórias. Porque a gente sabe que na comunidade cada vez mais cresce o número de casas, cada semana chega mais gente pra morar. A gente tem uma realidade do outro lado da comunidade que a cada semana mais ou menos chega um ônibus com bastante pessoas. E como uma medida de comportar essa população que chega pra gente. Mas assim o que eu vejo assim de reação da população é buscar atendimento por conta de questões respiratórias que tem sido mais frequente, tem sido a nossa maior demanda. E pra informações e acesso de como conseguir esses benefícios sociais.

**** *part_8 *perg_4 *ida_1 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_2

Acho que foi o contrário. Assim, na minha opinião eu acho que a atenção primária ficou mais, por ser porta de entrada da maioria dos casos e no início da pandemia a gente não tinha tanto acesso a testagem. E aí quando se disseminou na atenção primária, a gente começou a ter mais acesso a testagem dos pacientes. E como nós somos porta de entrada, sempre o primeiro contato era na atenção primária, o paciente chegava com sintoma respiratório, era testado. E o volume de atendimentos começou a ser tão grande que só as unidades básicas de saúde não deram conta desse atendimento, e a gente começou a encaminhar pros polos de testagem. Abriam vários polos no Rio de Janeiro pra tentar dar conta dessa testagem. E acredito que o maior cenário assim de atendimento, de acesso tenha sido atenção primária de fato. Até por conta da vacinação também que é um serviço que a unidade hospitalar não oferece. E a testagem como um todo, eu acredito que nesse cenário atenção primária tenha ficado mais em evidência.

**** *part_8 *perg_5 *ida_1 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_2

A gente começou a trabalhar com uma equipe de resposta rápida, porque nesse sentido a gente não tinha como acolher todas essas demandas de sintoma respiratório nas equipes. Eram demandas altíssimas todos os dias e aí a gente começou a trabalhar com equipe de resposta rápida pra acolher esses usuários com sintomas respiratórios, avaliar, testar encaminhar os casos graves pra unidade hospitalar.

**** *part_8 *perg_5.1 *ida_1 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_2

Em relação as linhas de cuidado no momento em que a gente estava mais crítico. Em relação a pandemia a gente trabalhou com as linhas de cuidado prioritárias. Então a gente manteve o acompanhamento regular dos pacientes com tuberculose, gestantes, crianças até um ano de idade e os outros procedimentos consulta pra avaliação de preventivo, outras demandas que não eram urgentes a gente podia pra estar retomando num momento oportuno, não naquele momento caótico da pandemia pra gente estar resolvendo.

**** *part_8 *perg_5.2 *ida_1 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_2

Então houve também a reorganização das demandas espontânea e programada. Isso.

**** *part_8 *perg_5.3 *ida_1 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_2

Houve no sentido de que os testes ficaram concentrados em uma única sala. Então a gente realocou alguns materiais pra uma sala específica pra fazer a logística mesmo da unidade. Concentrar o atendimento de síndrome gripal numa sala específica mesmo.

**** *part_8 *perg_6 *ida_1 *rio_1 *ethi_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Acho que o que foi possível ser feito foi organizar a logística como um todo. A gente colocar um espaço separado pra que esses pacientes com sintoma gripal não ficassem junto com outros pacientes que não tinham sintoma, e a gente diminuiu o risco de contaminação. E o que eu acho que não foi possível fazer foi o acompanhamento das linhas de cuidado como um todo. Assim, acompanhar os pacientes de forma integral porque a equipe estava muito sobrecarregada naquele momento atendendo um número altíssimo de síndrome gripal por dia. O que deixou a desejar assim o acompanhamento das outras linhas de cuidado como um todo.

**** *part_8 *perg_7 *ida_1 *rio_1 *ethi_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Hoje a gente já tem uma lógica de pensamento. Agora a gente não tem nenhum caso de surto no momento, mas a gente pensa pra que se acontecer algum outro surto a gente voltar com a equipe de resposta rápida. E fazer um atendimento tipo os polos de testagem mesmo. Você está numa área separada da unidade pra que essas pessoas não tenham um contato com outras pessoas que não estão com sintoma respiratório, pra gente tentar diminuir o risco de contaminação e organizar mesmo a logística da unidade.

**** *part_8 *perg_8 *ida_1 *rio_1 *ethi_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Assim o que a gente observa muito é a comunicação por rede social mesmo. A gente vê muito anúncio no Instagram, Facebook, Twitter até mesmo na rede de televisão fala muito sobre a questão da pandemia, sobre o calendário vacinal, sobre a questão da dose de reforço. Nas unidades de saúde mesmo, a gente tem folder informativo que é entregue pela Secretaria de Saúde pra tá informando a população. Então eu vejo hoje a rede social assim como um grande potencializador dessa informação. No Instagram da prefeitura e secretaria de saúde por exemplo todo final da tarde eles divulgam como é que está a questão da vacinação do dia seguinte na unidade. E eu acho que isso é um grande facilitador do processo pra população.

**** *part_8 *perg_9 *ida_1 *rio_1 *ethi_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

A gente utilizou por um período a rádio comunitária como disseminadora das informações. Tanto pra gente reduzir os riscos de transmissão da covid, quanto de divulgação da vacinação na unidade. A gente utilizava o próprio Instagram da unidade como meio de disseminar também as informações, as equipes tem WhatsApp das equipes. Então os agentes comunitários de saúde usavam muito a ferramenta do status pra divulgação das informações. E a gente trabalhou um bom período de tempo assim com sala de espera todos os dias pela manhã algum profissional da equipe técnica ou agente de saúde ia no acolhimento pra fazer a divulgação dessas informações pra população.

**** *part_8 *perg_10 *ida_1 *rio_1 *ethi_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Acredito que sim. Logo no início eu tinha uma orientação da gente trabalhar com uma área de isolamento. E aí isso já foi uma medida pra gente diminuir o risco de contaminação por outras pessoas que não tinham sintoma respiratório nenhum. A gente trabalhava também com o fornecimento de máscaras pra quem chegava na unidade que não tinha máscara ou a população, a família que era mais carente não tinha condições de comprar máscara. A gente trabalhou um período cedendo essas máscaras. Então acredito que foram medidas pra redução da contaminação.

**** *part_8 *perg_11 *ida_1 *rio_1 *ethi_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Eu acho que uma grande lição é que a gente nunca sabe tudo e a gente nunca está preparado pra tudo. Que os cenários eles vêm justamente pra ensinar muita coisa pra gente. A pandemia surgiu como a covid sendo uma doença nova que ninguém conhecia, ninguém no início sabia como era o comportamento do vírus, o que ele poderia causar no organismo de uma pessoa que tem comorbidade e de uma que não tem comorbidade. Então ensinou que a gente tem que estudar muito. Sempre tem que estar estudando, correndo atrás de informação. Começaram a vir as vacinas que a princípio a gente desconhecia o efeito delas. E a gente começou a ter que estudar muito sobre a vacinação até mesmo pra orientar a população que foi tudo uma novidade pra todo mundo. Acho que hoje os fluxos já estão mais estabelecidos. A doença está mais conhecida, mais estudada. Mas eu acho que a gente ainda tem muito o que avançar, nesse cenário. E veio pra ensinar também que assim, acho que quanto mais vulnerável o cenário que a gente vive como por exemplo, as questões que a gente citou anteriormente de a gente ter casas com problemas estruturais, problemas no sentido de não ter muita circulação, muitas janelas que quanto mais vulnerável o ambiente que se vive maior é a probabilidade de disseminação mesmo do vírus e das doenças que são infectocontagiosas de cunho respiratório.

**** *part_8 *perg_12 *ida_1 *rio_1 *ethi_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_4

Olha, a gente trabalhou muito com a questão de teleconsulta por um tempo pra acompanhamento dos casos mais graves. Então por exemplo, aqueles casos que chegavam aqui com síndrome respiratória aguda grave que eram encaminhados pra área hospitalar a gente ficava monitorando de cinco a sete dias diariamente por telefone. E aí essa ligação era feita ou por enfermeiro, por médico ou acadêmico pra monitorar essas pessoas e saber como é que elas estavam em relação a sinais vitais, se tinha algum sinal de gravidade naquele momento pra fazer um monitoramento e avaliar se tinha um risco de vida maior associado pra essa pessoa. Então a teleconsulta foi uma coisa que surgiu nesse momento da pandemia que auxiliou muito a gente nesse sentido. E a gente trabalhou muito com a vista domiciliar com uma periodicidade maior. Nesses casos a vd também era diária pra acompanhamento dos casos que não estavam internados mas estavam com algum risco de gravidade maior de ter uma evolução em casa que fosse pra um algum sinal de gravidade naquele momento que indicasse o encaminhamento dela pra uma unidade hospitalar ou até mesmo viesse pra unidade pra uma nova reavaliação.

**** *part_8 *perg_13 *ida_1 *rio_1 *ethi_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_4

Eu acho que é uma necessidade até pra facilitar o nosso monitoramento desses casos. Eu acho que a gente sempre vai ter que estar inovando criando dispositivos pra aproximação desses casos mais graves. Hoje a gente tem como implementação a teleconsulta e essa questão do aumento da frequência da visita do ACS. Mas pode ser que a gente tenha que inovar algum outro tipo de dispositivo se a gente tiver um novo surto, por exemplo. Ou se a gente tiver uma nova variante que cause alguns sintomas diferenciados nessas pessoas. Então acredito que se a cada novidade a gente vai ter que tentar criar um dispositivo. Não sei se um aplicativo ou um monitoramento maior pela ferramenta do WhatsApp, alguma coisa que facilite essa comunicação com o paciente. Eu acho que é muito importante assim no sentido de a gente conseguir ter aproximação desses casos, por exemplo, uma pessoa que está grave em casa e não consegue vir todos os dias pra unidade. Acho que o telefone a rede social é uma forma de monitoramento mais de perto da gente ter informação desse paciente assim.

**** *part_9 *perg_1 *ida_2 *nit_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

É, a comunidade é totalmente vulnerável. O ambiente, muitas casas, muitos becos, muitas casas que não tem estrutura nenhuma, famílias que moram num cômodo só, que são tipo dez pessoas, não tem ventilação, não tem saneamento, não tem alimentação adequada. Tem a questão do tráfego também que acaba atrapalhando e assim a maioria da minha população tem algumas ruas que são mais tranquilas que tem umas casas muito boas muitas pessoas que moram lá e que tem uma casa direitinha. Mas metade é vulnerável e metade é não vulnerável. Tem muita gente que mora lá porque não tem outra opção no momento. E tem uma vida normal assim, não tão normal porque por causa do tráfego, se não tivesse o tráfego não teria problema. Sim.

**** *part_9 *perg_2 *ida_2 *nit_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Na unidade a gente atendia todo mundo, fazia testes, medicava fazia tudo só não internava porque aqui é uma unidade básica. Mas tudo que era possível dentro do nosso, da nossa capacidade a gente fez. E responde a todas as vulnerabilidades.

**** *part_9 *perg_3 *ida_2 *nit_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Não tem muita opção, mas não tem muita opção. Quem tem condições compra, quem não tem condições não compra e a gente tenta ajudar da melhor forma. Orientar na hora do atendimento a gente tenta sempre prescrever medicações que tem aqui na grade pra mim que a gente não tem que comprar.

**** *part_9 *perg_4 *ida_2 *nit_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Sim. Porque lá que estava na verdade a gente fazia o atendimento primário e qualquer sinal de alarme a gente orientava pra atenção secundária, terciária. No caso pra emergência.

**** *part_9 *perg_5 *ida_2 *nit_1 *ethi_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Então, a gente parou praticamente tudo. Acho que não só aqui, como qualquer unidade. A linha de cuidados a gente só não parou linha de cuidados de criança, gestante,

tuberculose, em pacientes imunossuprimidos e acho que foi isso não sei se eu estou esquecendo alguma coisa. Mas de resto a gente tentou acompanhamento de hipertensão, diabético. A gente não estava fazendo só era só renovação de receita e atendimento de demanda espontânea e paciente com queixa aguda entendendo.

**** *part_9 *perg_5.1 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

A gente estava fazendo acho que aqui acho que era umas das poucas unidades aqui da ilha que fazia porque a gente tinha residência médica. Então a gente conseguiu seguir bastante tempo bastante coisa. Que eu não sei se é verdade, mas que eu escuto de que outras unidades não estavam atendendo nada. A gente tinha chuva de médico que é o que a gente não tem hoje. Mas unidade que não tem médico não tem como você fazer nuilgre. O enfermeiro ainda consegue seguir muita coisa, mas tem coisa que o enfermeiro não consegue... está fora do alcance do enfermeiro.

**** *part_9 *perg_5.2 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Então, quando eu entrei aqui foi bem no início da pandemia. Entrei aqui em abril. A pandemia começou em março. A gente tinha um enfermeiro pra fazer como se fosse uma triagem e era planilha única que a gente usava na planilha do Excel. Era uma planilha única, aí todo mundo atendia o de todo mundo, entendeu. Pre natal se fosse pré natal o médico, qualquer médico poderia atender, e também qualquer enfermeiro poderia atender. Depois a gente mudou, depois a gente em um tempo quando deu uma diminuída na pandemia, nos casos, aí a gente tentou mudar, fazer tudo por equipe. Conseguimos atender por equipe, linha de cuidado, tudo direitinho. Só não conseguimos fazer aquele acompanhamento. Do pré natal a gente até fazia... Pré Natal, TB de criança a gente às vezes não conseguia acompanhar. Aquelas consultas que tem que ser de dois, quatro, seis, certinho. Mas aí a gente ficou mesclando. Teve um tempo que a gente fez planilha única... quando foi na época que eu entrei, que foi no início da pandemia. Depois conseguimos dividir pra por aqui. Daí depois quando tinha aquele bun de novo a gente fazia a planilha de novo, todo mundo é atende de todo mundo e foi assim. Conseguimos fazer planilha eletrônica e depois dividir por equipe na planilha até conseguir. Já tem um tempo que a gente está fazendo por equipe. Teve aquele boom agora no início do ano em janeiro. Que a gente estava fazendo por aqui teve em janeiro, logo depois do réveillon teve um. Aí a gente deu um gás aqui também, todo mundo atendendo sintomático_respiratório que a gente vai cada dia vai mudando dependendo do cenário.

**** *part_9 *perg_5.3 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

A gente recebe o material da sala e dava pra sintomático. Não sintomático a gente só usava os epis próprios pra não sintomático e COVID usava separado. Que a gente não misturava os pacientes e os funcionários. Acaba que às vezes tinha que sair de lá vim aqui.

**** *part_9 *perg_6 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

O que a gente fez foi tentar não parar de atender as linhas de cuidado que é o nosso objetivo, dar atenção. E a gente tentou da melhor forma que a gente tinha bastante profissional também pra isso que eu te falei. As unidades que não tem profissional

suficiente pra isso não tem como manter muita coisa com a pandemia. Porque é paciente sintomático e muitos vinham pra cá de outras unidades. Vieram pra cá da unidade a... vinha direto pra cá porque ela vivia sem médico. Quando o fulano estava aqui, vinha direto pra cá a galera de lá atrás dele. Mas é porque ele tinha saído de lá, teve uma época que ficou sem médico lá e o pessoal vinha muito pra cá. A enfermeira carimbava e mandava pra casa que às vezes tinha que dar atestado e ela não pode dar.

**** *part_9 *perg_7 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Eu acho que no momento não está muito preparado. A gente já foi mais preparado por conta da quantidade impressionante de médicos. No momento não está muito preparada. Mas isso vai mudando, então se tiver um curto agora a gente vai dar um jeito até porque a gente tem médico. Só que a gente tem muito médico que não tem experiência, mas a questão de emergência eles caem dentro e fazem.

**** *part_9 *perg_8 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Então, eu acho que eles botavam muito terror. Às vezes até aumentavam as coisas que não estavam acontecendo para as pessoas ficarem mais desespadas. Mas eu acho boa as estratégias assim que estavam sempre dando informações, quantidade de mortes e áreas mais vulneráveis, áreas que com maior prevalência das doenças. A Globo às vezes quer botar medo e falava demais, como sempre.

**** *part_9 *perg_9 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Os ACS assim teve um período que eles não estavam fazendo visita, mas eles estavam por exemplo: as minhas famílias moram no território x, então elas estão na rua passando e sempre comunicando. Vai muita gente que eu vejo que vem na consulta hoje fala assim: não estava vindo não porque falavam que estava muito perigoso. O risco estava muito grande até na televisão mesmo. E os próprios funcionários falavam, os acs falavam com eles a população no território: não vai hoje não porque hoje não, a situação não está boa. A senhora está bem, a senhora não tem nada. Espera mais um pouquinho. Às vezes o paciente queria ter consulta de rotina, eu quero fazer um hemograma completo. Você sabe como é que é. Não tem nada, aí vem pra cá, pega covid. Teve um pai de uma médica que foi no mercado, não saía de casa nunca e pegou. Foi no mercado e pegou covid mesmo. Aí você tem que ficar pensando mas a pessoa vem pra cá não precisa tanto daquilo naquele momento e acaba pegando e a gente nunca sabe qual vai ser o desfecho. Sim. Às vezes a pessoa não tem comorbidade mas Deus quis que ela não que ela fosse embora não.

**** *part_9 *perg_10 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Na unidade a gente tentou fazer o isolamento pro paciente sem sintoma de um lado paciente com sintoma de outro. Se a gente mudar as cadeiras eles sempre rasgavam o informativo de não sentar, uma igual qualquer lugar. Aqui você pode sentar, aqui não, aqui sim, aqui não, mas não adianta muita coisa, evitar aglomeração. Mas acaba que muitos não acatavam, mas a gente fez aqui aqui na fora do território fez mais muita coisa.

**** *part_9 *perg_11 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

É. Então, e a gente já passou por alguns surtos por aí bem menores. Que a dengue, e até de febre amarela que foi nos espelho também de vacina. Não sei se tu era dessa época. Acho que era essa. Acho que foi a pior de todas pra todo mundo e conseguimos sobreviver, conseguimos passar por todos e graças a Deus aqui na unidade a gente não perdeu nenhum funcionário. Bom, muita gente perdeu amigo, funcionária, em hospital.

**** *part_9 *perg_12 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Posso não me lembrar mas pode ser que tenha tido algumas. Eu não estou lembrando não.

**** *part_9 *perg_13 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Acho que já até fizeram aqui. A gente chegou a fazer horta, essas coisas mas são coisas mais antigas. Mas que também não influenciaram muito na questão da pandemia. Mas não foi durante a pandemia, foi antes da pandemia essas hortas. Chegaram a fazer aí deu uma parada, depois voltaram. É interessante. Acho que agora não tem mais. A residência que era responsável porque eles gostavam muito dessas coisas diferentes e que os médicos residentes gostam. Tinha um residente meu que gostava. Eu não sei se era aqui ou se era lá fora. Tem ali no aqui no aterro. Não sei se você já viu passando ali no aterro tem uma hortazinha ali.

**** *part_10 *perg_1 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Bastante vulnerável. Ainda mais considerando a população do dendi que é bastante vulnerável. A minha área não é uma área muito vulnerável, mas pensando na unidade como um todo e das populações que a gente mais atendeu, são os endereços que a gente mais teve atendimento é bem vulnerável, muito vulnerável mesmo a pandemia. Sim, até mesmo queixas de aglomeração, gente na mesma casa, as pessoas não usavam máscara e não tem a mesma consciência também, até mesmo pelo estudo, não tinha muita consciência. E na comunidade muitos não usam máscara porque o poder paralelo de fato não gosta e não quer até por conta de identificação. Mas acaba se tornando mais vulnerável também por conta disso. E por não ter acesso ao uso de máscara, não ter dinheiro, essas questões, questões financeiras também. Saúde também.

**** *part_10 *perg_2 *ida_2 *nit_1 *etn_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Nossa unidade ela tem uma boa estrutura pensando em questão de atendimento. Pensando nessa questão da estrutura física, ela fornece saúde de uma forma adequada. Eu acho que o que acaba atrapalhando isso é que a gente tem um volume muito grande de atendimento, então isso durante a pandemia acaba que a gente não consegue fazer saúde do início ao fim. A gente meio que não conseguia dar sequência em muitas coisas porque atrapalhou muito o covid. A gente não conseguia ver as outras questões, a gente acaba focando muito no covid e acabou esquecendo da hipertensão, da diabetes, do câncer. Essas questões ficaram um pouco de lado por conta do covid, até mesmo foi a orientação. A gente fechar um pouco as portas, mas assim, aqui a gente nunca fechou portas mas acabava que o número alto de atendimentos não fazia com que nosso

atendimento não fosse tão... não é que seja bom mas assim que a gente não conseguisse tratar cem por cento do que que aquele paciente que necessitava. A gente conseguiu dar conta de bastante coisa. A gente também tem mais ajuda bastante quando a gente identifica pedimos bastante apoio deles e eles tem sido bem solícitos e presente na comunidade, no território. Tem algumas equipes que os pacientes são bem vulneráveis e a gente consegue prestar uma um apoio diferenciado pra essas pessoas.

**** *part_10 *perg_3 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Eu acho que eles não têm muito entendimento na verdade. Não entendem muito bem o que eles de fato são pessoas vulneráveis. Eu vejo dessa forma. A gente consegue entender que é que o às vezes tem domicílios que são até insalubres pra eles morarem. Acho que eles não conseguem entender isso. Eles não veem dessa forma, que é vulnerabilidade, a gente não consegue entregar. Não existe uma capacidade de resposta da comunidade também pra parte ambiental, pra parte relacionada social.

**** *part_10 *perg_4 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

No início eu acho que falou, mas depois que as coisas foram melhorando, a gente foi meio que se adequando ao sistema, deu uma melhorada. No início eu acho que falou um pouco de capacitação, falou orientação, eles só jogavam as notas e a gente se virava mas com o tempo conforme foi passando a gente começou a receber mais informações e mais testes chegaram, a gente conseguia dar a prestar uma assistência melhor.

**** *part_10 *perg_5 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

A gente teve que readequar fluxos. Por muitas e muitas vezes os fluxos eram ajustados de acordo com a demanda, conforme a gente tinha muito paciente que são respiratórios. A gente diminuiu a quantidade de profissionais que atendia os outros, no caso os que eram outras demandas. E a gente aumentava um fluxo de profissionais no caso no setor de covid. E aí isso era visto semanalmente, mensalmente, conforme os casos aumentavam a gente ia reajustando esses profissionais. Até que chegou o momento que a gente não precisou mais ter profissionais fixos pro covid. Agora a gente faz diretamente no consultório, mas isso era avaliado conforme as demandas.

**** *part_10 *perg_51 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

A gente está reorganizando. Isso começou agora, acho que em fevereiro se eu não me engano que foi de fato quando a gente saiu da onda do covid saiu da onda da influenza. A gente tá reorganizando cada enfermeiro e cada médico que também faz parte. Tem uma dentista também. Cada um já tá ajustando a sua linha de cuidado e fazendo uma vigilância maior nesses casos.

**** *part_10 *perg_52 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

A gente agora a voltou cem por cento pro atendimento, então o médico e enfermeiro atuam junto tendo sua agenda padrão, que o enfermeiro faz visita, o médico faz visita. O enfermeiro faz vigilância agora e cada equipe tem uma agenda padrão. Tanto médico

quanto enfermeiro fazem atendimentos em conjunto e atendendo agendado. A gente tá organizando a questão dos agendamentos pra rever o cuidado e dar uma assistência melhor a essa população. Retomar.

**** *part_10 *perg_53 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

É agora de acordo com a nota técnica o profissional usa máscara como quiser. Se quiser ou não, não teve reorganização não. A gente pegava, era dispensado pelo almoxnarido, pelo lado administrativo que ficava no almoxnarido. A gente tinha que pegar diariamente.

**** *part_10 *perg_6 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

A gente pelo que eu lembro assim das notas, a gente fazia de tudo pra que a gente seguisse mesmo. A gente seguia sempre as outras técnicas. Tem sim uma coisa que era muito difícil que era fazer interconsulta. Tipo botar o médico atendendo junto com o enfermeiro sabe. Isso no covid isso de fato a gente não conseguia mesmo não. Está certo. Eu não conseguia. Mas por quê. Por causa do número de atendimento, então a gente não conseguia dar conta de tipo atender junto, a gente atendia separado e aí sempre vinha correndo assim na sala pra ajudar. Se precisasse no caso porque muitos casos a gente conseguia liberar, mas o que de fato precisava a gente não conseguia atender junto, a gente só chamava em último caso.

**** *part_10 *perg_7 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Acho que a gente consegue se adaptar bem, eu acho que a gente precisa de uma reunião geral. Sempre quando acontece alguma coisa assim, a gente sempre faz uma reunião geral e define os fluxos na hora do da reunião. Claro que não é tão simples iniciar um novo processo, mas no dia a dia a gente vai se alinhando, se ajustando pra conseguir seguir.

**** *part_10 *perg_8 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Eu acho que um pouco falta, eu acho que a informação não chega pra todo mundo não. Não chega de fato. Às vezes não chega nem pra gente que dirá pra população no geral assim. Eu acho que é falta. Claro que a eles usam internet, televisão mas não é todo mundo que tem acesso lá na internet nem acesso a televisão então acho que é falta sim.

**** *part_10 *perg_9 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Eu não cheguei numa época tão pandêmica. Mas assim a gente sempre estava tentando orientar a população. Quando a gente estava na unidade que as pessoas ficavam sempre querendo apressar o atendimento, incomodadas e aí as pessoas não conseguiam entender o momento delicado que a gente estava vivendo. A gente fazia sempre educação continuada, a gente conversava com a população, ficava orientando e às vezes fazendo busca ativa quando era necessário.

**** *part_10 *perg_10 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Não.

**** *part_10 *perg_11 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Acho que trabalhar em equipe. Acho que quando a gente não consegue trabalhar em equipe nada flui. Aprender a lidar com a diferença dos outros, os profissionais mesmo e eu acho que a empatia que as pessoas demonstraram, assim nesse período e o cuidado com o outro tanto dos profissionais quanto do usuário e aprender novas coisas sabe. Porque a gente nunca viveu com isso que foi um aprendizado diário. Cada dia que atendia um paciente diferente, aprender diariamente com o paciente e com os profissionais mesmo da unidade. Eu acho que experiência também pra vida, pra não acontecer novamente e a gente acontecer de novo.

**** *part_10 *perg_12 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Que eu saiba não. O que a gente fez foi arrecadar alimentos, mas não sei se entra. Pode ser que sim. Teve uma época, acho que foi meio final do ano que a gente arrecadou alimentos pra doar. Tipo a única coisa que eu vi pra gente fazer mas aí partiu dos acs. Eles que levantaram essa campanha.

**** *part_10 *perg_13 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_1 *enf_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Acho que é importante pra gente ajudar a população que não tem muitas condições. Por exemplo, essa questão de máscara, eu acho que eu sei que existiram empresas que fizeram máscara e doaram e a gente tinha unidades que receberam e doaram a população. Aqui eu não sei se a gente se teve antes mas desde que eu cheguei a única coisa que a gente fazia era dar mais pra nossa pra quando chegava algum paciente. Pra que ajude essa população que é carente.

**** *part_11 *perg_1 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Estando no lugar onde eles vivem, pensando assim a comunidade lá é muito vulnerável. Tem uma parte que é onde a unidade b cobre que é o cantão, que não tem esgoto, não tem água tratada, as ruas não são asfaltadas, as pessoas moram em casebres. Então assim, isso dificultou muito durante a pandemia porque a gente tinha que dar uma orientação pro paciente: olha só você está com covid, você não pode ficar junto com as outras pessoas da sua casa. Mas aí ele falava assim: nós somos cinco pessoas e só tem um quarto na casa. Como que você separa essas pessoas. E aí a gente tinha que vai usar máscara, todo mundo usa máscara então. Porque não tem como separar um pai de um filho que mora dentro do mesmo cômodo. Eu acho que a maior dificuldade foi essa pelo local onde eles vivem. A parte do cantão então é a parte mais vulnerável que existe, muito mesmo. Eles não têm nada assim de saneamento básico praticamente. Então essa que foi uma das dificuldades socialmente falando. Eles são pessoas que são acostumados a viver junto digamos assim. Sabe como é a comunidade. Fazem baile, fazem festa, aí até a gente convencer essas pessoas de que não podia ser assim, porque a partir daquele momento não podia ter festa, não podia ter baile. Até porque é uma comunidade dominada pelo tráfico, chegou uma hora que a gente teve que realmente subir e falar com as pessoas. Olha, agora vai ser assim, até mesmo com quem era chefe

do tráfico. Olha, agora vai ser assim, não pode, entendeu. Se vocês continuarem fazendo as pessoas vão continuar morrendo porque fica todo mundo junto. Então foi realmente um trabalho de conscientização mesmo dessas pessoas. E a gente até que conseguiu. Foi cem por cento não, mas a gente conseguiu depois que eles foram vendo as coisas acontecerem, as pessoas morreram, adoeceram e eles foram se conscientizando de que tinha que ser, tinha que haver essa separação pra que a doença não se alastrasse mais ainda.

**** *part_11 *perg_2 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Fazendo orientação. Então é uma coisa que a gente fazia muito. Trabalhava a orientação, conversava, falava sobre promoção da saúde, explicava o que era e o que que podia acontecer. Foi assim que a gente conseguiu ajudar minimamente.

**** *part_11 *perg_3 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

No início não. No início eles tiveram muita resistência até mesmo quando a gente restringiu os atendimentos na unidade. Eles não aceitavam, falavam que não, que isso não tinha nada a ver, que a gente continuar, tinha que continuar atendendo todo mundo. Porque a gente restringiu pra atender só os casos de covid e alguns casos mais graves mesmo. E isso eles não entendiam no começo. Foi todo um trabalho pra que eles entendessem que isso era necessário. Não foi fácil no início.

**** *part_11 *perg_4 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Bom, eu acho que atenção primária foi bem, teve bastante ênfase. A gente trabalhou muito. Acho que foi um período em que a atenção primária mais ahou. Assim, a gente atua sempre, mas nesse período de pandemia, a atenção primária teve bem envolvimento mesmo em todos os processos. Eu acho que o que faltou pra gente no início. Mas acho que foi por conta de falta de preparo mesmo assim não esperávamos por essa pandemia. Então ninguém estava preparado pra tanto precisava muito de material pra trabalhar, precisamos sim. Mas aí veio no momento em que a gente começou a precisar de verdade, veio. Eu acho que a atenção básica foi bem intensiva mesmo nesse momento.

**** *part_11 *perg_5 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Então, o que que nós pensamos separamos uma parte da unidade só pra atender casos de covid e preparamos uma equipe de resposta rápida pra que esse paciente não ficasse muito tempo na unidade e não se misturassem. Para que os pacientes saudáveis ou pacientes que não estivessem com sintoma de covid ficassem juntos dos que estavam com. Então havia uma área lá que era só atendimento do covid. Toda uma parte da unidade foi, nós tínhamos sala de testagem, uma sala pra atender os pacientes que precisavam ser renovados pro hospital. E aí uma outra parte da unidade ficava pra atender tipo gestante que a gente não tinha como deixar de atender e são os outros casos que chegavam que não era covid, mas que precisavam de atendimento naquele

momento. A gente praticamente remontou a unidade inteira. Desfez e fez de novo, pensando no covid.

**** *part_11 *perg_5.1 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Teve sim. A gente não manteve todas as linhas de cuidado atendendo de forma normal, mas tuberculose a gente continua atendendo, gestante, criança até seis meses. Nós continuamos atendendo as puérperas também a gente atendia de forma reservada. Mas a gente continuou a manter as linhas de cuidados que realmente não tinha como deixar de atender que é tuberculose, Hanseníase, gestantes, puérperas, essas pessoas a gente continua atendendo em uma área reservada.

**** *part_11 *perg_5.2 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Teve sim. Normalmente a gente atende gestante, crianças, puérperas, hipertensão, diabetes. A gente atende de forma agendada e a gente atende à demanda espontânea também. Nesse período de pandemia nós deixamos pra atender os pacientes agendados somente gestantes e puérpera, hipertensão e diabetes a gente atendia em demanda livre. E os outros pacientes que porventura precisassem do atendimento era em demanda livre. Renovação de receita também a gente criou um fluxo quanto a isso. Conseguimos essa receita de hipertensão, diabetes durante um ano sem renovação porque até pra não ter esses idosos que normalmente muita gente que é hipertenso é idoso então não tinha como trazer esses pacientes pra comunidade, que é os idosos a gente precisava preservar todo mundo mas os idosos a gente tentou preservar o máximo possível. Então eles ficaram aí praticamente um ano só renovando receita mesmo e aí ele só vinha a unidade deixava a receita a gente renovava na semana seguinte eles viram só buscar.

**** *part_11 *perg_5.3 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Sim, porque como eu falei anteriormente, a gente não estava preparado pro surto. Então assim, a gente não tinha todo aquele aparato de material pra trabalhar. Então a gente acabou que o que a gente tinha a gente começou a separar pra usar pro covid. O outro restante da unidade a gente foi usando mais só as máscaras porque não podia deixar de usar mas capote essas coisas a gente foi deixando por vários pro covid.

**** *part_11 *perg_6 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Bom, com relação ao atendimento, por mais que tenha ficado defasado. Mas a gente conseguiu manter as linhas de cuidado. OK os acessos pra tuberculose, os ACSs iam levar até a casa dos pacientes, apesar de que eles não podiam fazer vd nesse período. Mas a gente combinou o seguinte, que o Dots eles levariam e não pros paciente não vim até a unidade. Com relação a materiais a gente conseguiu sim se organizar. Passamos alguns aperto no início mas depois a gente conseguiu se organizar e não faltou o material pra trabalhar com relação aos atendimentos das outras demandas a gente conseguiu também. Até as demandas mais urgentes foi cem por cento. Não, mas pelo menos oitenta por cento da gente conseguiu.

**** *part_11 *perg_7 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Então, vamos lá, Brasil, no Brasil, a gente se prepara na hora que chega. A unidade tá preparada pra uma nova? Uma próxima epidemia, que eu espero que não tenha outra pandemia. Não, não está preparada, precisa ainda, muito, tem muita coisa a ser feita você está me perguntando se está preparada. A resposta é não. Não está preparada pra uma futura pandemia caso tenha.

**** *part_11 *perg_8 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Então, eu acho que principalmente com relação ao covid. Houve muita informação logo no começo. A gente sabe que covid não chegou aqui em março que foi março de dois mil Vinte. Então, isso já vinha acontecendo há algum tempo e a gente só foi mesmo descobrir o que que tava acontecendo. Quando começou aí a estourar e um monte de gente morrer. Então assim, é a falta de informação mesmo da Secretaria de Saúde Do serviço de saúde informar, tudo que tá acontecendo. Então assim, quando chegou pra gente, o negócio já tava bem feio aí fora e eu acho que é isso, é a tem existe sim uma defasagem de comunicação. Até mesmo do nível central, pro nível estadual e o nível municipal. Eu acho que é isso e principalmente pra chegar na porque a na comunidade chega através da gente, basicamente, da atenção básica. Se a gente não sabe o que que tá acontecendo, como é que a gente repassa isso?

**** *part_11 *perg_8 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Foi através dos ACSs, através de palestras, na comunidade a gente conseguia fazer uma sala de espera porque no começo foi difícil eles entenderem que a gente ia restringir demanda, que a gente ia restringir atendimento. Então se juntavam muitas pessoas ali na frente pra poder buscar atendimento e aí a gente aproveitava ali meio que fazer uma sala de espera, tentando dispensar as pessoas, tentando separar e informar sobre o que estava acontecendo. E na comunidade os acessos faziam essa troca com os seus equipamentos, as informações para as pessoas na comunidade.

**** *part_11 *perg_9 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Não.

**** *part_11 *perg_11 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Pra mim, o que ficou assim de aprendizado é que a gente tem que tá sempre buscando mais informação, estudando pra poder se capacitar cada vez mais pra poder passar essa informação para as pessoas. Porque a gente pensa assim, eu trabalho na atenção básica, eu não trabalho com emergência, mas quantas emergência nós não atendemos? Eu recebi paciente parando na unidade. Eu estava preparada pra isso? Eu sou intensivista também. Eu fiz pós graduação em terapia intensiva. Mas eu trabalhava numa unidade onde nem todo mundo estava preparado porque não tá. Porque na atenção básica a gente não tá preparado pra receber esse tipo de atendimento. Mas foi o que a gente

recebeu e muito durante a pandemia. E aí o que ficou a direção pra mim é que embora eu trabalhe na unidade de Atenção básica, eu tenho que estar sempre preparada pra receber um paciente crítico porque ele pode chegar na minha unidade e eu tenho que estar preparada pra atender.

**** *part_11 *perg_12 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_3

Sim, teve. Sabe por quê? A gente fazia dots e ia levar na casa do paciente. A gente organizou junto os moradores, tinha pessoas que faziam máscara e doavam pra unidade e a gente doava pros pacientes que não tinha máscara. Isso que a gente fazia lá passar informações assim através de rádio na comunidade sobre a sobre a doença sena uma tecnologia social também. Que aí a gente fez uma parceria com a pessoa que trabalhava na numa rádio comunitária e a gente falava sobre a pandemia. É que era pra eles não acessarem a unidade sem necessidade só se realmente tivesse muita necessidade que era pra se manter em casa. Isso eram coisas que a gente fazia lá.

**** *part_11 *perg_13 *ida_3 *turi_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *enf_1 *temp_3 *ape_3 *especi_1 *tema_3

Eu acho o seguinte, que a gente não tem a verdade é essa, você me perguntou ainda a pouco, se a gente tava preparado pra uma próxima pandemia e a gente não está. Não está aqui, não está lá também a gente não tem que esperar o desastre acontecer pra poder se preparar. Na verdade a gente tinha que pensar nele antes que ele aconteça, montar estratégia pra que se aconteça a gente saber o que fazer. Eu acho que isso é uma coisa que a gente teria que fazer e a gente não fez até hoje. E aí não foi só as unidades básicas, eu tenho certeza que tem outros atenção secundária, será que tá preparada pra uma próxima pandemia. Não tá. Então sim, é muito necessário.

**** *part_12 *perg_1 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_1

Acho que tem um pouco de cada uma delas. Tem a social com relação há muita pobreza mesmo, tem áreas que são muito vulneráveis, casas de barraquinho, inclusive na minha área mesmo que é a do teleférico tem uma área que já caiu. Tem um barranco que foi interditado e as pessoas depois de um tempo ainda voltaram. Então assim ainda se arriscam. Porque não tem muito pra onde ir. Tem casas que são apenas um cômodo com um banheiro e vivem numa família que acaba subdividindo em outras famílias. E às vezes dez pessoas naquele único cômodo. Então tem um pouco dessa questão. Tem a questão do tráfico. Que o complexo do alemão então também tem essa questão dentro da comunidade mas dentro das comunidades aqui do Rio de Janeiro impossível não ter. Mas também tem essa questão ambiental. Tem a poluição mas é mais assim do esgoto. Tem local que tem o rio, então aquele esgoto assim meio que céu aberto e aí quando chove transborda mesmo e sai inundando tudo e é bem complicado com relação a isso. Em relação a saúde do indivíduo nós ainda temos assim um número considerável. De pacientes que tem tuberculose aí acaba que por não tratar passa por outro. Não tratou direito, acaba abandonando e aí tem famílias, tem uma equipe aqui dentro da unidade que tem uma pessoa que não trata e ela acaba contaminando outras pessoas da família, inclusive de criança. Então assim é bem complexo. Mesmo que a gente fique em cima,

faça as visitas, a busca ativa. É complicado também, tem muita questão da sífilis, das doenças sexualmente transmissíveis em geral mas a sífilis assim é uma das campeãs que a gente pega bastante aqui no nosso território. Então também tem um pouquinho dessa vulnerabilidade. Então o covid, nós tivemos bastante porque muitas das pessoas não acreditavam também e não tinham muito o que fazer. Porque tinha muita gente que no início não usava máscara ligava para as orientações e aí por conta da vulnerabilidade de não ter muito pra onde ir, viviam todo mundo no mesmo local. Tinha locais que estavam fazendo, continuava com os bailes, com as festas aglomerações por aí. Então assim não tinha muito o que fazer. Então eu achei que poderia ter sido bem pior aqui na comunidade mas foi um número bem considerável e foi aumentando de a gente ficar um pouco assustada com algumas com alguns casos. E aqui por ser unidade básica nós pegamos alguns casos que tivemos que encaminhar pessoas de vaga zero pros hospitais. Mas aqui em cima na UPA como Unidade de Pronto Atendimento vieram bastante casos, muitas pessoas vieram a óbito. Então a gente ficava sabendo por conta de ser próximo e foi assim, foi tenso, foi bem tenso mesmo nesse período.

**** *part_12 *perg_2 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_1

Olha, aqui eu costumo dizer que a realidade da unidade d não é a realidade das outras unidades. A unidade d é uma unidade que tem quatorze equipes hoje. Quase todas as equipes tem residência médica. Na época da pandemia, todas elas tinham então eram quatorze equipes com residência médica e sete equipes com residência de enfermagem e as outras equipes tem quadros completos com o enfermeiro mesmo de família. Então assim residentes de medicina são dois por equipe R_um e R_dois, residente de enfermagem dois por equipe R_um e R_dois. Então assim eram seis profissionais. Três médicos e três enfermeiros pra algumas das equipes sete equipes pelo menos. E as outras sete tinham pelo menos três médicos e um enfermeiro atuando. Temos os técnicos também um número enorme de ACS, porque são cinco por equipe, então com esse número de catorze. E aí por ser unidade escola com profissionais que já estão trabalhando há bastante tempo, nós conseguimos montar uma estrutura pra poder a gente fazer esses atendimentos. Não era fácil porque mesmo com esse número de gente tinha dia que a gente tava esgotado. Nós montamos uma equipe de resposta rápida pra fazer os atendimentos. Então toda a população que vier pra unidade passava primeiro por essa triagem. Todas as pessoas que tinham algum sintoma respiratório eram separadas. E aí a gente ia fazendo dessa forma os atendimentos. Quem não tinha sintoma nenhum, a gente deixava passar pra alguns atendimentos. Ou então eu chamei a comunidade sobre o risco de não vir a unidade sem uma necessidade extrema. Nós armamos algumas formas de poder estar atendendo a população. Não deixar essa população sem o atendimento em geral, mas também tentamos separar o máximo pra não misturar e acabar aumentando O número de casos aqui.

**** *part_12 *perg_3 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_1

As pessoas da comunidade, pelo menos daqui em si, eu acho que eles meios se acostumaram a viver dessa forma. E assim, muitos buscam os auxílios que tem, o Bolsa Família, Cartão cidadão, entre outros auxílios que tem por aí pra poder se

manterem. E muitos deles buscam também bastante a unidade por algum problema de saúde e por conta dessa vulnerabilidade eles acabam se sentindo às vezes depressivos, ansiosos. A pandemia aumentou muito o número de pacientes de saúde mental. Então eles procuram bastante a unidade pra ter essa troca. E aí inclusive nós ganhamos o ano passado, se eu não me engano, uma equipe de multi residência também. Além de todas as profissionais, a gente tem uma equipe de multi residência. E aí deu uma fortalecida porque tem psicólogo tem nutricionista, tem fono e aí a gente aumentou esse laço. Fomos trazendo a população e aí tem grupos de terapia ocupacional, tem grupos pra fazer terapia, terapia em grupo mesmo e tem o nome de um grupo que é redução de danos. A gente chama a população pra poder estar falando de si. Tem grupo do luto e aí a gente chama também a população, todo mundo que está passando por alguma situação. Esse momento então de pandemia que muitas pessoas perderam seus entes queridos e tal. E aí ficar aquele número muito grande. Às vezes famílias inteiras. Então a gente tem esse grupo também pra ajudar. Eu acho que é bem assim essa troca, a gente deixa a porta aberta mesmo pra população. Trazer os problemas pra gente, pros cas também que fazem as visitas, eles trazem as demandas e aí a gente vai organizando, falando pode vir em demanda ou então vem no dia tal, marcadinho. Faz a parceria alguém da ou faz a ligação com alguém aqui de cima do CAPS e assim a gente vai levando o trabalho.

**** *part_12 *perg_4 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

É. Foi a atenção primária sendo porta de entrada. As pessoas buscavam muito, mas tinha muita gente que tinha muito medo do que estava acontecendo. E aí buscavam diretamente a secundária. Mas na mídia em si mesmo era mais os intubados. As pessoas que estavam muito ruins e muito mal. E o pessoal que pegou e que estava mais leve brando ficou meio que no limbo. Foi um trabalho bem árduo mesmo porque dentro da unidade básica a gente atende tudo. E como eu falei é porta de entrada então a gente tinha que saber manejar o pessoal. A população que estava vindo o sintoma respiratório que nem sempre era covid porque a gente também chegou as épocas das viroses que sempre tem época sazonal. E aí vinham as demandas também a pessoa que tinha uma dor na coluna pessoa que tinha uma cefaleia isolada. Ou hipertensão, diabético, as pessoas com tratamento de tuberculose, HIV, as gestantes, as crianças. Então a gente não parou. E aí a gente teve que manejar bastante ambas as situações pra o trabalho não cessar ou então assim não acumular. Não ter aquela demanda reprimida quando a gente retomasse Na verdade a gente nem sabia quando iria retornar. E o trabalho ainda não parou porque veio a vacina e consome tudo toda a área. Por que o pessoal precisa realmente se vacinar. Então muita responsabilidade e aí muita cobrança e a população querendo escolher vacina, querendo escolher dose, enfim. Mas eu acredito que dessa foi sim.

**** *part_12 *perg_5 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Então nós fizemos essa questão de uma equipe de resposta imediata e aí sempre tinha outras pessoas da equipe para o atendimento normal da população em geral. E no início aqui a estrutura, embora seja grande, mas pro número de profissionais acaba sendo

pequeno. E aí no início nós colocamos lá em cima essa estrutura por ser a porta mesmo da entrada lá em cima. A gente já parava os pacientes ali pra ninguém descer e não acabar espalhando. E depois de um tempo quando os números de casos foram diminuindo, nós isolamos uma área da clínica que foi o lado o lado esquerdo da clínica só pros atendimentos de covid também. E aí o lado direito ficou pros atendimentos da população em geral e aí todo mundo descia na rampa perguntando pra todo mundo sobre os sintomas também. Fazendo essa divisão e os atendimentos continuaram.

**** *part_12 *perg_5.1 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Nós continuamos atendendo gestantes, as crianças até um ano, tuberculose, hipertensão, diabetes. Mas os pacientes hipertensos e diabéticos que tinham receitas bem recentes entendia que tinha um acompanhamento depois de um tempo. Nós conseguimos também um computador com o sistema. Então a gente sempre olhava aquele paciente diabético, hipertenso que vinha na unidade e se ele tivesse uma consulta recente a gente só renovava a receita dele pra mais de três meses se fosse o caso. E liberava se ele não tivesse com sintoma nenhum e se ele tivesse com falta de consultas de exames ou com alguns sintomas a gente o passava pro atendimento.

**** *part_12 *perg_5.2 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Sim e aí a nós paramos na verdade de marcar muitos pacientes só marcava os pacientes que precisavam ser vistos mensalmente. Ou com alguma demanda bem específica. O restante nós deixamos com a de porta aberta pra poder atender quem tivesse necessidade.

**** *part_12 *perg_5.3 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Materiais e insumos não só quando as vezes ficava alguma quantidade menor. A folha era a quatro era uma questão que fazia um racionamentozinho. Pedia pra evitar de ficar imprimindo coisas desnecessárias e tal. EPI, o EPI nós tivemos teve um momento que a gente não tinha. Máscara bem no início, bem no início a gente não tinha máscara, a gente tinha que usar as máscaras de pano e aí deixava pra usar N noventa e cinco só pros profissionais que fossem atender aquele paciente com sintoma bem clássico de covid, que estava com saturação baixa, febre e tal. E aí a gente os isolava numa salinha e aí todo mundo se paramentava. Era luva, era capote, era face shields ou óculos. E a n noventa e cinco, touca. E a gente entrava toda paramentada pra atender aquele paciente. E logo depois apareceu o material e todo mundo meio que teve que ser obrigada a abandonar as máscaras de pano e usar a máscara mesmo N95.

**** *part_12 *perg_6 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Nós fizemos tudo que foi possível, tudo que está ao nosso alcance pra unidade realmente não parar de vez. Mas alguns grupos a gente não conseguiu manter. A gente tinha o grupo do aleitamento e a gente orientava as puérperas quanto a doação de leite e aí esse grupo a gente não conseguiu mais. A gente tinha um grupo de gestante então

assim, tudo que aglomerava teve que acabar parando e ou reorganizando As coisas pra poder darem certo. E o que foi possível foi isso, cada um se douo bastante. Trabalhamos incansavelmente até inclusive os feriados que foram tirados pra poder a gente tá atendendo a população da melhor forma. E então é isso, acho que nós fizemos o que foi possível. A gente sempre tinha algumas reuniões pra poder estar acertando os fluxos. essa semana vai ser assim. E aí era um piloto se desse certo ia continuar. Na hora não deu certo dessa forma. E a gente já reunir novamente pra reformular aquele fluxo e dessa forma nós fomos seguindo.

**** *part_12 *perg_7 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_2

Esse cenário foi uma novidade pra todo mundo. Foi uma coisa acho que os mais novos não viveram uma pandemia nem sei qual a idade de que se tá vivo ainda, de quem viveu algo parecido. Mas no início foi muito tenso porque as informações vinham e que vão ter pessoas que vão entrar aqui, vão cair no chão e a gente vai ter que atender, sabe. E a gente vai ficando meio assustada e aí a gente viu a coisa acontecendo, ainda assim a gente ficava meio tenso, não era o medo de chegar em casa e ter que lidar com a família. Eu mesmo coloquei meus pais em outro local, falei não, vocês não vão ficar aqui comigo, meus pais idosos minha mãe com problemas de saúde, minha vó. Aí eu falei não aí isole eles em outra casa em outro lugar e pra eu ficar sozinha mesmo, pra eu chegar em casa tranquila, poder tipo tomar meu banho, lavar minhas coisas sem medo de ter que encostar em coisa de ter levado alguma coisa pra eles em casa. Então assim, foi bem intenso Esse cenário e aí aqui na unidade todo mundo ficou meio sem saber o que fazer no início, mas foi isso Cada um foi falando um pouquinho, foi organizando, foi dando as ideias. Vencer essa etapa. Então, eu acho que para as próximas, eu espero que não tenha nem fio cedo ou que não tenha. Mas que para as próximas se acontecer algo parecido, vão vai acontecer isso, a gente vai se informar do que é, do que tá vindo e podemos procurar As medidas certas e concretas pra poder tá atuando mediante a esta situação.

**** *part_12 *perg_8 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_3

Durante a pandemia ele apareceu na verdade eu confesso que eu não seguia antes não sei então se existia. Mas durante a pandemia eu tive o conhecimento de alguns canais na internet mesmo no INSTAGRAM da prefeitura, o Facebook em si eles davam muitas informações. Inclusive da vacina quando chegou finalmente a vacina, eles liberavam o calendário. Então ficava mais fácil da população visualizar também. e aí não ficava só o papel da das unidades tendo que propagar pra população. Nesse período já da gente ter que se preocupar com tanta coisa, e ainda ter mais isso, mas foi feito. E aí está sempre acho que cobrando das unidades, sempre vinha em forma de reuniões online, do que precisava ser feito, do que estava acontecendo, do cenário atual e a e as orientações vinham pra poder a gente e se adaptando. A cada cenário, a cada coisa que estava acontecendo. Então assim eu acho que ainda tem muita coisa pra melhorar. E eu acho que o momento faz com que a gente perceba, tenha essa percepção e saiba, ou então numa próxima vez. Quando acontecer ou, tá acontecendo isso, a gente já sabe como manejar. Então, acho que o cenário faz com que as coisas aconteçam e aconteceu

bastante coisa, mediante ao tudo que veio, mas eu acho que ainda tem muita coisa pra melhorar, pra poder ser investido mas quando se trata. De colocar cima Na nos governantes e tal, então a gente fica meio que ali do lado, porque tem muitos de outras prioridades. Então.

**** *part_12 *perg_9 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_3

Aqui na comunidade tem um uma rádio que é o Voz da Comunidade e eles fazem reportagem, eles propagam muitas coisas da unidade, então eles sempre fecham uma parceria inclusive com a mídia aqui da unidade. E ela estava sempre dando palestras, sempre dando uma entrevista, falando alguma coisa sobre essa questão. Eles estavam sempre por aqui perguntando. A gente usava também a as redes pra poder estar propagando nas redes da unidade. E pedir pra pros próprios acessos que tem no da população. O que eles têm mais contato direto. Colocar nas redes deles também sobre as informações de cada coisa que acontecia. Inclusive como seria o atendimento na unidade, o que estava acontecendo para as pessoas virem se realmente tivesse necessidade sintomas que as pessoas estavam tendo quanto que elas deveriam procurar, a unidade de saúde, pra não se automedicar, mas também que se fosse uma coisa tranquila mais leve, não se arriscar vindo na unidade que pode não ser o covid mas aí poderia vir na unidade acabar contraindo e tá levando. Então teve bastante dessa troca das comunicações do próprio ACS as nossas redes pra população. E fora quando eles vinham aqui a gente também sempre orientava.

**** *part_12 *perg_10 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_3

a única medida que vem agora em mente foi essa questão de a gente falar pra população não vir . em demanda livre se não houvesse necessidade porque as vezes o paciente fazia um exame e aí ele vinha na unidade buscar esse exame. Então assim, o exame às vezes tava normal, num tava sentindo nada, mas eu vou lá na unidade buscar esse exame. Ou vinha, minha vizinha vai lá prima consulta hoje, vou lá com ela também. Eles fazem no geral no dia a dia. Mas não era o momento de estar fazendo isso. Então assim uma das reduções que a gente teve foi pedir pra população quando vir a unidade se fosse necessário estar vindo sozinha. Só não vir se não fosse possível tem alguém que precisa de alguém pra estar acompanhando então vir com alguém só se fosse realmente de extrema necessidade quando a gente percebia vindo pra unidade na nossa triagem que realmente tinham pessoas excessivas a gente pedia pra entrar só se precisasse realmente de acompanhante e o restante ficar guardando em cima. não deixar eu entrar na unidade sem o uso da máscara, sempre com álcool gel E falando sempre também da importância do distanciamento Da lavagem das mãos, do uso do álcool, do uso da máscara e acho que foi basicamente isso A gente está sempre orientando mesmo o tempo inteiro.

**** *part_12 *perg_11 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *ape_4 *especi_1 *tema_3

Foi um período bem intenso, tenso e intenso . Pra todos os profissionais que vivenciaram isso nesse tempo todo . Que eu trabalhei como eu tá tive períodos que eu

trabalhei bastante, campanha de vacina, a gente sempre trabalha muito, sempre é uma coisa assim exaustiva. Trabalhar na atenção primária Quarenta horas semanais é sempre uma coisa exaustiva. Mas foi um cenário muito diferente e foram realmente diversos aprendizado como profissional de como manejar como ter um olhar diferenciado realmente pro outro, pra tudo que tava acontecendo aí cada família que vinha e dava uma notícia de que tinha perdido um ente querido e a gente aqui dentro da unidade a gente cria muito vínculo com os pacientes porque não tem como eles vêm a clínica da família e aí a gente conhece o filho que conhece o neto e o avó e o irmão pai e a mãe e aí vinham com a tristeza, então a gente sentia também Um pouco dessa sensação deles e aí a gente Jogava pra si aquela sensação e assim os cuidados que a gente precisa ter de fato eu acho que a questão de da lavagem das mãos e o uso da máscara eu inclusive eu até hoje eu ainda uso máscara aqui na unidade mesmo já não sendo fío necessário Mas por questão assim de é realmente é uma coisa que pode vir no ar. Assim como o covid pode vir qualquer outro tipo de doença. A gente não sabe. Entrou muitas pessoas aqui dentro. E aí a lavagem das mãos era uma coisa que a gente sempre falou mas será que a gente tinha tanto, por essa por essa Esse detalhe que é muito importante, então agora eu também fico Mais ligada nessa questão da lavagem, no uso do álcool mesmo no geral, então assim pra mim agregou bastante tanto profissionalmente quanto pessoalmente tudo que eu vivenciei aqui. E eu acho que o Unidade d sendo essa unidade escola eu aprendi muito também.com os profissionais médicos dentro da sala que eu falei que era separado pros pacientes que estavam mais graves. E aí assim todo processo que era feito. O que que tinha que acontecer, aí depois veio o teste, vai ser feito o teste, teste positivo e aí ambulância demorava pra chegar teve dia da gente sair daqui onze horas da noite com o paciente então assim a gente foi levado ao nível máximo mas concluímos.

****part_12 *perg_12 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_4

Olha, a questão do soro caseiro foi bastante usada porque um dos sintomas Que No início não é, mas no início a gente pedia pra ter febre, tinha que ter febre e aí era cefaleia, ou tosse, coriza Mas acho que dois sintomas associados, mas tinha que ter a febre. E aí os sintomas foram multando E apareceu a diarreia. e ele um dos manejos que nós usamos foi bastante o soro caseiro. Principalmente quando as vezes faltava na farmácia por conta do número. E aí a gente acabava orientando a os pacientes a fazerem esse sorinho em casa. A horta um tempo atrás bem antes da pandemia nós tínhamos a horta. Mas agora eu não vou saber tipo dizer exatamente o quando foi que acabou, se foi com a pandemia, se foi na troca de governantes Da de prefeitura e tal mas houve um momento que tinha uma horta, o pessoal da academia, caroca junto com o professor de educação física eles participavam bastante ativamente disso e existiam era uma coisa bem legal pra eles mas aí acabou um tempo e agora eles estão querendo retomar Agora que as coisas estão voltando a normalidade eles estão querendo retomar essa horta inclusive pra voltar a ser o que era. consigo lembrar assim mais de tinha as ações Que voz fazia bastante em conjunto aqui com a clínica. Tem acho que é isso, tem uma questão do abraço campeão que é o uma ONG também pra jovens eles acham que tem uma atividade de futebol também e é bem legal pra adolescentes e jovens. Então acho que algumas são algumas coisas assim

****part_12 *perg_13 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_4

A gente precisa caminhar muito ainda nessa relação. Porque acho que a gente pensa muito no imediato. No que tem que ser agora, no que vai ser e que vamos fazer e aí esse de longo prazo de não deixar acabar e permanecer com essas com essas situações eu acho que a gente precisa muito que centralizar com relação a isso.

****part_13 *perg_1 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_1

Vamos lá, vamos pra comunidade. Como eu disse eu sou da Unidade d ela é focada seu na sua maioria da no Complexo do Alemão onde é muito vulnerável. Eu sou da equipe Nova Brasília onde é uma das áreas menos vulnerável porque é uma das áreas mais baixas a gente sabe que quanto mais eu subo menos acesso a gente tem. Mas ainda assim carece, carece de saneamento básico. Carece de acesso à água. Muitas vezes a bomba da CEDAE estoura. tem acesso a água potável, que dificulta a lavagem nas mãos, o que dificulta a higienização. Se eu for pensar em estrutura, a gente tem núcleo familiar muito grande e um local muito pequeno. Não é em real eu ter o a casa com um ou dois cômodos no máximo em com quinze pessoas, três núcleos familiares, pai, mãe e filho que aí a filha casou agora tem o marido, que a tia também veio de outra região do país, chegou demorar. Junto eu vou pensar num âmbito de pandemia que uma contaminação muito fácil em relação a covid é o que a gente está vendo aí. Esse cenário que a gente está vendo. Então hoje eu considero a minha área extremamente vulnerável pra qualquer tipo de desastre. Independentemente se eu for focar apenas no contexto de pandemia. Devido a precariedade do acesso à instrução. Se eu for pensar no poder aquisitivo pra poder comprar uma medicação pra fazer uma melhoria.

****part_13 *perg_2 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_1

A gente tem uma particularidade nessa unidade que ela é muito grande. Elas são quatorze equipes. no começo se eu não me engano eram onze equipes e teve uma unidade de saúde lá no teleférico que ela foi fechada devido a vulnerabilidade do território. Então três equipes desceram pra cá. de forma estrutural eu não acho que o Unidade d ele acomodada tanto as equipes porque não foi não foi planejado para quatorze e sim pra onze faz muita diferença. Mas se eu for pensar no corpo técnico a gente tem uma galera muito boa, muito disposta a trabalhar. a gente faz visita domiciliar pra poder atender o usuário em loco pra evitar a descida pra cá. mas eu ainda encontro essa dificuldade de sala que aí se encaixaria no funcional. Eu tenho funcionários pra trabalhar muitos por sinais mas eu não tenho espaço para desenvolver todo o nosso potencial. mas eu ainda encontro essa dificuldade de sala que aí se encaixaria no funcional. Eu tenho funcionários pra trabalhar muitos por sinais mas eu não tenho espaço para desenvolver todo o nosso potencial. não deixa de ser um problema, mas a disposição existe e aí como eu lhe disse, a gente sobe morno, a gente faz visita domiciliar com mais frequência, a gente tenta fazer grupos pra poder orientar o máximo possível naquele espaço, aproveitar aquele espaço pra poder atender mais pessoas possíveis, mas ainda falta mais, não vou, não vou ser leviana Ainda falta mais que a gente pode muito mais.

****part_13 *perg_3 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_1

Existe uma carência dentro da comunidade que é quem o quanto reconhecer a situação vulnerável. eu não posso dizer que todo mundo compreende que eles são vulneráveis no quesito água, no quesito esgoto. Eu acho que eles também tratam de uma normalidade porque sempre foi assim, entende que é assim. A gente vê também algumas lideranças comunitárias, alguns eventos em relação a associação de moradores, de poder fazer melhoria, alguma questão das igrejas No apoio. Mas o principal ainda falta o entendimento da comunidade de que aquilo não deveria ser assim. A gente tem eu não sei se é por costume ou por falta mesmo. De compreensão de alguém falar que aquilo não é correto em achar que é normal você ver um esgoto a céu aberto e achar que está tudo bem. Não. E assim desde que minha mãe morava aqui então é assim que vai ser. poucas as pessoas que se levantam pra compreender que aquela que aquele cenário precisa ser modificado. Que aquele cenário é o foco de doença, diarreia, m outras doenças parasitárias de que de que precisa ser não sei se todo mundo consegue entender mas que precisa ter acesso à educação ambiental. Hum. Pra entender que aquele ambiente não é um ambiente saudável.

****part_13 *perg_4 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_2

Quando a gente pensa em pandemia acho que a gente fica tão desprevenido verdadeiramente ao menos eu em dois mil e dezenove não esperi que eu fosse sofrer tudo isso. E a gente já tinha nossa própria pandemia ou dificuldade de acesso, dificuldade de conhecimento. A gente já vinha travando essas lutas e de repente aconteceu essa situação. Eu não tenho essa percepção de que a área hospitalar ela tenha sido mais focada do que a nossa área de atenção primária. O que eu senti falta no primeiro momento mas eu acredito que seja dentro de um contexto foi a chegada de mesmo com mais rapidez máscara, capote, protetor facial. Eu acredito que houve uma demora mas por conta da demanda mundial. Mas eu não me senti de preterido em relação ao colega que trabalhou na numa unidade hospitalar não. Não tive essa percepção não.

****part_13 *perg_5 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_2

Nós tivemos uma equipe de resposta rápida pra poder vim fazendo essa classificação de risco classificando esses usuários que que tinham algum sintoma. Alguns sinais e sintomas. Nós isolamos não sei se essa você está contando bem passado. isolamos inclusive essa parte de dessa parte que nós estamos é no setor de covid. Nós fazíamos uma classificação de risco na rampa. direcionando que estava sintomático respiratório e sintomático não respiratórios. mas eu esbarrei novamente naquela questão de ser uma unidade muito grande por uma população muito grande. Então a gente ficou muito funil de repente a questão era essa no funil. Eu tive uma procura muito grande de se tá mais com respiratórios e isolei de repente uma parte muito pequena pra poder dar essa resposta muito embora o nome dessa resposta fosse resposta rápida mas foi questão estrutural.

trabalhei bastante, campanha de vacina, a gente sempre trabalha muito, sempre é uma coisa assim exaustiva. Trabalhar na atenção primária Quarenta horas semanais é sempre uma coisa exaustiva. Mas foi um cenário muito diferente e foram realmente diversos aprendizado como profissional de como manejar como ter um olhar diferenciado realmente pro outro, pra tudo que tava acontecendo aí cada família que vinha e dava uma notícia de que tinha perdido um ente querido e a gente aqui dentro da unidade a gente cria muito vínculo com os pacientes porque não tem como eles vêm a clínica da família e aí a gente conhece o filho que conhece o neto e o avó e o irmão pai e a mãe e aí vinham com a tristeza, então a gente sentia também Um pouco dessa sensação deles e aí a gente Jogava pra si aquela sensação e assim os cuidados que a gente precisa ter de fato eu acho que a questão de da lavagem das mãos e o uso da máscara eu inclusive eu até hoje eu ainda uso máscara aqui na unidade mesmo já não sendo fôo necessário Mas por questão assim de é realmente é uma coisa que pode vir no ar. Assim como o covid pode vir qualquer outro tipo de doença. A gente não sabe. Entrou muitas pessoas aqui dentro. E aí a lavagem das mãos era uma coisa que a gente sempre falou mas será que a gente tinha tanto, por essa por essa Esse detalhe que é muito importante, então agora eu também fico Mais ligada nessa questão da lavagem, no uso do álcool mesmo no geral, então assim pra mim agregou bastante tanto profissionalmente quanto pessoalmente tudo que eu vivenciei aqui. E eu acho que o Unidade d sendo essa unidade escola eu aprendi muito também com os profissionais médicos dentro da sala que eu falei que era separado pros pacientes que estavam mais graves. E aí assim todo processo que era feito. O que que tinha que acontecer, aí depois veio o teste, vai ser feito o teste, teste positivo e aí ambulância demorava pra chegar teve dia da gente sair daqui onze horas da noite com o paciente então assim a gente foi levado ao nível máximo mas concluímos.

**** *part_12 *perg_12 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_4

Olha, a questão do soro caseiro foi bastante usada porque um dos sintomas Que No início não é, mas no início a gente pedia pra ter febre, tinha que ter febre e aí era cefaleia, ou tosse, coriza Mas acho que dois sintomas associados, mas tinha que ter a febre. E aí os sintomas foram multando E apareceu a diarreia. e ele um dos manejos que nós usamos foi bastante o soro caseiro. Principalmente quando as vezes faltava na farmácia por conta do número. E aí a gente acabava orientando a os pacientes a fazerem esse sorinho em casa. A horta um tempo atrás bem antes da pandemia nós tínhamos a horta. Mas agora eu não vou saber tipo dizer exatamente o quando foi que acabou, se foi com a pandemia, se foi na troca de governantes Da de prefeitura e tal mas houve um momento que tinha uma horta, o pessoal da academia, carioca junto com o professor de educação física eles participavam bastante ativamente disso e existiam era uma coisa bem legal pra eles mas aí acabou um tempo e agora eles estão querendo retomar Agora que as coisas estão voltando a normalidade eles estão querendo retomar essa horta inclusive pra voltar a ser o que era. consigo lembrar assim mais de tinha as ações Que voz fazia bastante em conjunto aqui com a clínica. Tem acho que é isso, tem uma questão do abraço campeão que é o uma ONG também pra jovens eles acham que tem uma atividade de futebol também e é bem legal pra adolescentes e jovens. Então acho que algumas são algumas coisas assim

**** *part_12 *perg_13 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_3 *aps_4 *especi_1 *tema_4

A gente precisa caminhar muito ainda nessa relação. Porque acho que a gente pensa muito no imediato. No que tem que ser agora, no que vai ser e que vamos fazer e aí esse de longo prazo de não deixar acabar e permanecer com essas com essas situações eu acho que a gente precisa muito que centralizar com relação a isso.

**** *part_13 *perg_1 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_1

Vamos lá, vamos pra comunidade. Como eu disse eu sou da Unidade d ela é focada seu na sua maioria da no Complexo do Alemão onde é muito vulnerável. Eu sou da equipe Nova Brasília onde é uma das áreas menos vulnerável porque é uma das áreas mais baixas a gente sabe que quanto mais eu subo menos acesso a gente tem. Mas ainda assim carece, carece de saneamento básico. Carece de acesso à água. Muitas vezes a bomba da CEDAE estoura. tem acesso a água potável, que dificulta a lavagem nas mãos, o que dificulta a higienização. Se eu for pensar em estrutura, a gente tem núcleo familiar muito grande e um local muito pequeno. Não é em real eu ter o a casa com um ou dois cômodos no máximo em com quinze pessoas, três núcleos familiares, pai, mãe e filho que aí a filha casou agora tem o marido, que a tia também veio de outra região do país, chegou demorar. Junto eu vou pensar num âmbito de pandemia que uma contaminação muito fácil em relação a covid é o que a gente está vendo aí. Esse cenário que a gente está vendo. Então hoje eu considero a minha área extremamente vulnerável pra qualquer tipo de desastre. Independentemente se eu for focar apenas no contexto de pandemia. Devido a precariedade do acesso à instrução. Se eu for pensar no poder aquisitivo pra poder comprar uma medicação pra fazer uma melhoria.

**** *part_13 *perg_2 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_1

A gente tem uma particularidade nessa unidade que ela é muito grande. Elas são quatorze equipes. no começo se eu não me engano eram onze equipes e teve uma unidade de saúde lá no teleférico que ela foi fechada devido a vulnerabilidade do território. Então três equipes desceram pra cá. de forma estrutural eu não acho que o Unidade d ele acomodada tanto as equipes porque não foi não foi planejado para quatorze e sim pra onze faz muita diferença. Mas se eu for pensar no corpo técnico a gente tem uma galera muito boa, muito disposta a trabalhar. a gente faz visita domiciliar pra poder atender o usuário em loco pra evitar a descida pra cá. mas eu ainda encontro essa dificuldade de sala que aí se encaixaria no funcional. Eu tenho funcionários pra trabalhar muitos por sinais mas eu não tenho espaço para desenvolver todo o nosso potencial. mas eu ainda encontro essa dificuldade de sala que aí se encaixaria no funcional. Eu tenho funcionários pra trabalhar muitos por sinais mas eu não tenho espaço para desenvolver todo o nosso potencial. não deixa de ser um problema, mas a disposição existe e aí como eu lhe disse, a gente sobe morno, a gente faz visita domiciliar com mais frequência, a gente tenta fazer grupos pra poder orientar o máximo possível naquele espaço, aproveitar aquele espaço pra poder atender mais pessoas possíveis, mas ainda falta mais, não vou, não vou ser leviana Ainda falta mais que a gente pode muito mais.

**** *part_13 *perg_3 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_1

Existe uma carência dentro da comunidade que é quem o quanto reconhecer a situação vulnerável. eu não posso dizer que todo mundo compreende que eles são vulneráveis no quesito água, no quesito esgoto. Eu acho que eles também tratam de uma normalidade porque sempre foi assim, entende que é assim. A gente vê também algumas lideranças comunitárias, alguns eventos em relação a associação de moradores, de poder fazer melhoria, alguma questão das igrejas No apoio. Mas o principal ainda falta o entendimento da comunidade de que aquilo não deveria ser assim. A gente tem eu não sei se é por costume ou por falta mesmo. De compreensão de alguém falar que aquilo não é correto em achar que é normal você ver um esgoto a céu aberto e achar que está tudo bem. Não. E assim desde que minha mãe morava aqui então é assim que vai ser. poucas as pessoas que se levantam pra compreender que aquela que aquele cenário precisa ser modificado. Que aquele cenário é o foco de doença, diarreia, m outras doenças parasitárias de que de que precisa ser não sei se todo mundo consegue entender mas que precisa ter acesso à educação ambiental. Hum. Pra entender que aquele ambiente não é um ambiente saudável.

**** *part_13 *perg_4 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_2

Quando a gente pensa em pandemia acho que a gente fica tão desprevenido verdadeiramente ao menos eu em dois mil e dezenove não esperi que eu fosse sofrer tudo isso. E a gente já tinha nossa própria pandemia ou dificuldade de acesso, dificuldade de conhecimento. A gente já vinha travando essas lutas e de repente aconteceu essa situação. Eu não tenho essa percepção de que a área hospitalar ela tenha sido mais focada do que a nossa área de atenção primária. O que eu senti falta no primeiro momento mas eu acredito que seja dentro de um contexto foi a chegada de mesmo com mais rapidez máscara, capote, protetor facial. Eu acredito que houve uma demora mas por conta da demanda mundial. Mas eu não me senti de preterido em relação ao colega que trabalhou na numa unidade hospitalar não. Não tive essa percepção não.

**** *part_13 *perg_5 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_2

Nós tivemos uma equipe de resposta rápida pra poder vim fazendo essa classificação de risco classificando esses usuários que que tinham algum sintoma. Alguns sinais e sintomas. Nós isolamos não sei se essa você está contando bem passado. isolamos inclusive essa parte de dessa parte que nós estamos é no setor de covid. Nós fazíamos uma classificação de risco na rampa. direcionando que estava sintomático respiratório e sintomático não respiratórios. mas eu esbarrei novamente naquela questão de ser uma unidade muito grande por uma população muito grande. Então a gente ficou muito funil de repente a questão era essa no funil. Eu tive uma procura muito grande de se tá mais com respiratórios e isolei de repente uma parte muito pequena pra poder dar essa resposta muito embora o nome dessa resposta fosse resposta rápida mas foi questão estrutural.

**** *part_13 *perg_5_1 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_2

E aí nós passamos a atender as linhas de cuidado com mais prioridade. Crianças de menores de um ano, o pré-natal. A gente acabou desassistindo algumas linhas de cuidado que é não é tanto imediata para aquele momento, para aquele contexto. Hipertensão, diabético a gente passou mais a consulta mas a gente garantiu o atendimento da gestante, das puérperas, o hipertensão grave, o insulina independente também foram acolhidos.

**** *part_13 *perg_5_2 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_2

Mais ênfase pra espontânea, nós demos mais ênfase pra espontânea enquanto o usuário ele sintomático respiratório e temos mais ênfase as linhas de cuidado com mais vulnerabilidade que precisava de mais cuidado naquele momento.

**** *part_13 *perg_5_3 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_2

Como eu comentei, eu notei a demora na chegada dos EPIs. E chegando, era totalmente destinado a resposta rápida. Se eu atendesse usuário que ele não tinha sintoma respiratório não atendia de capote e proteção facial. Mas se eu atendesse desse lado de cá o usuário que ele tinha uma queixa respiratória. E aí nós contávamos com o EPI. Que no começo a gente leve que racionalizar porque a gente sempre tem que usar recurso com razão. Com racionalidade. Mas eu entendi que a gente como provinha menos a gente tinha mais cuidado para reutilizar o capote. O atendente que ficava no computador ele ficava com o capote durante o turno e aí tinha um atendente fazendo exame físico e aí esse trocava o capote. E aí não tinha necessidade de entrar um usuário e os dois trocavam o capote. E aí fizemos o uso racional como sempre tem que ser dentro do sistema.

**** *part_13 *perg_6 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_2

a sensação que eu tenho como profissional é que a gente fez tudo que foi possível ser feito. Mesmo sabendo que tinha mais coisas para fazer, tá. Foi possível atender todos os sintomáticos respiratórios que eram cobertos dentro da Unidade Básica de Saúde. O que a gente compreendia que não era de nossa competência ia em vaga zero. Saíndo daqui encaminhados. Para um pruma rede maior. o que não pode ser feito, o que perdeu a continuidade do cuidado foram as linhas de cuidado que que foi permitido mais espaçamento. espaço a consulta do hipertenso, ainda que já tivesse em atraso ainda que ela não tivesse um ano, se ele não apresentasse uma queixa a gente renovava as receitas. Não é, não é um indicado, mas a gente tava num contexto diferente e precisou trabalhar diferente. Era o que era o que era o que a comunidade precisava naquele momento. Se eu pensar que um hipertenso ele já tinha sido acompanhado há um ano atrás a gente optou em garantir a segurança dele, não tá numa unidade de saúde com sintoma de respiratório e manter a conduta do que trazer ele sendo ele portador de comorbidade, de repente se contaminar porque a gente ainda tava caminhando no nível do cuidado. Então enquanto

o COVID essa unidade fez tudo que podia ser feito. Mas sinto que poderíamos também ter feito de uma maneira diferente o atendimento de outras linhas de cuidado.

**** *part_13 *perg_7 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_2

E assim, é bem isso como em dois mil e dezenove eu não entendi a possibilidade de uma pandemia, em dois mil e vinte e dois eu entendo que sei que pode acontecer. e eu não tenho absoluta certeza se nós estamos preparados. Embora a gente tenha aprendido muita coisa. Agora a gente tem aprendido muita coisa. Mas eu não sei se de forma humana a gente se prepara para grande desastres para grandes perdas de mais de meio milhão a gente paga seiscentos mil. Mas foram mais de meio milhão dá um peso maior é muita gente ótima, muita mãe sem fígado, muito filho sem a mãe e eu pensar que isso pode acontecer de novo enquanto preparo não. vamos passar por essa daqui vou passar por essa daqui e a gente deixa isso pra não pra frente mas precisa superar essa pra entender e que a gente precisa estar preparado pruma emergência que acontece. Acho que a gente entendeu o que acontece. Eu não me lembro numa última durante pandemia a gente teve influenza não sei lá eu acho que na última ficou atrás mas acho que não na última e acho que em dois mil e nove em dois mil e treze foi acho que foram duas mil pessoas duas mil só que é coisa pra caráter quando morre se essa uma morte for minha é muita coisa. Mas a gente está. Saíndo de um contexto de mais de mais de meio milhão de pessoas. Eu ainda não me refiz pra poder pensar, numa estrutura pra próxima. Mas lições foram aprendidas.

**** *part_13 *perg_8 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_3

Eu não percebi uma orientação muito clara. Eu acho que faltou governo pra falar opa eu estou aqui e pode deixar contigo que eu vou orientar vocês o que deve fazer. Não, se eu for pensar numas numa esfera federal, uma resfriadinho. Eu não peguei, isso é bobagem Tá, mas morreu X mil pessoas e daí. Eu trabalho pro coqueiro Então assim, essa comunicação não passa pela gente. E se eu for pensar lá da minha resposta em relação ao livros de educação se um indivíduo ele olha que o governante dele diz que está tudo bem não tem parte do princípio que está tudo bem ele não precisa higienizar as mãos higienizar os alimentos ele não precisa utilizar máscara e aí a gente não tenho certeza se esses meio milhão de pessoas que optaram alguém ali não fosse evitável por comunicação não estou dizendo de vacina dizendo de grandes estratégias. Mas uma comunicação simples entre o governante e o povo de gente. Vamos dar uma parada, vamos dar uma desacelerada. Tem a doente questão da economia não tem dívida. Mas aí eu vou ser, de repente, grosseiro com as minhas palavras, tá. Mas se a galera toda morrer não vai ter quando me é mesmo. A gente tem que ficar vivo pra gente continuar. Se eu for passar nesses orbitos que foram evitáveis o colapso do INSS. Eu só vou passar em jovens que contribuíram um ano e aí agora eu não estou culpabilizando de forma alguma. Mas estou falando assim pensou na economia agora sem entender que isso também afeta a economia depois.

**** *part_13 *perg_9 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_3

Como eu disse nós fizemos a nossa classificação de risco. A nossa classificação de risco ela vinha com a gente fazia sala de espera pra pros usuários que eles não estavam com esse tomate respiratórios e para quem estava com sintomático respiratório. porque dentro desses sintomáticos alguns eram negativos, mas voltamos pra dizer que o entorno dele não é muito positivo e uma coisa que foi muito bacana daqui nós estávamos fazendo parcerias, não sei se é falado parceria, mas a gente tomou vínculo com as linhas de comunicação da comunidade como por exemplo Voz da Comunidade. Então os médicos iam lá fazer um eles vinham, entrevistavam e foi muito importante pra comunidade, além do acesso eram funcionários que eles conheciam. Era o meu médico de família, era minha enfermeira de família, aquela enfermeira fez uma pré-natal cuida da criança, ela falou, então tenho certeza que isso facilitou com o entendimento da situação passando porque era alguém que ele conhecia, não era alguém da televisão que nem tocá-lo, era alguém que até outro tempo atrás em uma situação melhor estava dentro da comunidade na casa dele. Então se eles estavam falando que era o momento da gente se se cuidar, utilizar máscaras, fazer higienização das mãos, dos objetos. Então, não, cara, ele cuida fio bem de mim, se ele tá falando isso é porque pro meu bem. Então, eu vou aceitar essa orientação. Então, achei muito legal, eu que participei como disse a sua retrospectiva, participei, mas eu senti uma resposta muito positiva, tá. Eu não fui, mas quando eu atendi um usuário, na época eu vi a doutora Naiara, eu vi a doutora Jade e ela e ela tava falando sobre isso Seu Wellington, eles já vinham já orientados pra mim e a gente só amarrava as brechas, levantava dúvidas e questões. Enquanto isso a unidade agiu com muita plenitude.

**** *part_13 *perg_10 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_3

nós recebemos nós recebemos uma grande doação de álcool gel. Todos os usuários chegam a uma unidade de saúde, ele estava desprotegido, a gente oferecia mais. Mas eu não eu não compreendo que a unidade saiu do unidade d e subiui pra poder fazer orientação, pra poder fazer. Quando chegava aqui sim. No princípio a nossa primeira doação foi máscara de pano. eu posso estar muito enganada até eu peço desculpas. Mas foi em alguma fábrica de calcinha eu acho que eu tenho quase certeza que um que o médico tinha um familiar que era que fazia calcinha em laiga escala e ele produziu máscaras e a gente seguiu máscaras ficamos durante muito tempo com as máscaras de cana e depois nós compreendemos, recebemos também de máscara descartáveis e a gente também oferecia pro usuário e álcool em gel também em gel mesmo, tubo de álcool gel pra poder higienizar.

**** *part_13 *perg_11 *ida_2 *rio_1 *etni_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_3

Primeiro que a gente tava despreparado e aí não como culpado, mas como vida. A gente entende que isso pode acontecer amanhã, mas ontem a gente não entendia que podia acontecer hoje pegou a gente foi uma coisa despreparada enquanto contexto compreender que seria possível, a gente sempre fica muito acomodado numa zona de conforto de que tá tudo bem. Eu acredito que hoje eles fio muito mais vigilantes Tá tudo bem. Tá, mas se não tiver, o que que eu posso fazer. Como é que eu devo proceder. Então a gente está um eu acho que a unidade de saúde ela está num sistema de alerta

acho que isso seria um sistema de alerta de que a gente não pode descansar seja prima pandemia de covid seja pra uma epidemia de dengue. também acho que o covid caiu e está aparecendo e a gente está mais preparado enquanto um ano pra lidar com o outro humano. E eu e a estrutura de saúde a gente vai se localizando da forma que dá. Mas a gente está muito mais sensibilizado com as questões com o outro. Não é só não é mais só Dani, só a Thais. mas também tem meu usuário, tem o seu colega lá no doutor ano, acho que a grande lição eu sempre tive um pouco, eu não compreendia muito bem o atendimento humanizado Porque se eu sou humana, naturalmente todas as minhas ações são humanizadas. eu pensava isso de uma forma natural e não entendia esse contexto mas agora com a pandemia eu olho o outro ano de uma forma mais humana. A gente a gente quem não quem não aprendeu a ser mais solidário, mais solícito está passando errados nessa pandemia Passou pela pandemia humanamente.

**** *part_13 *perg_12 *ida_2 *rio_1 *etn_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_4

Eu não sei se nesse primeiro momento. Como a gente tava lidando diante do desconhecido a gente focou tanto na escuta qualificada na receptividade da questão dentro da unidade de saúde pra evitar que esse usuário ele chegasse a uma rede secundária Um hospital de grande porte, de todas as questões que você demonstrou enquanto, enquanto exemplo, eu falei sobre a máscara que a gente recebia doações e passava e em outro momento a gente até tinha uma loja tipo uma loja convencional medicinal aqui mas que o projeto acabou não avançando devido a pandemia que a gente foi remanejando os usuários pra desculpa, remanejando os profissionais pra essa questão, pra poder sanar esses fluxos. Desculpa, eu não observo E que assim, o Dots continuou a gente fazia sala de espera, não sei se enquadrado, então quem tava assintomático os não sintomáticos respiratórios Então, eu não observo.

**** *part_13 *perg_13 *ida_2 *rio_1 *etn_4 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *enf_1 *temp_4 *aps_4 *especi_1 *tema_4

Como a gente está muito mais preparado a gente compreendeu que a gente precisa dialogar com A gente precisa conversar mais pra que essa informação ela dissemine mais e que ela suba mais e o subir eu, Nova Brasília, falar aqui embaixo e essa informação chegar ao Poranga que é lá em cima. A tecnologia, eu acho que a maior tecnologia que a gente possa ter é o cuidado com o nosso usuário, é o cuidado não, tipo, é o contato nosso usuário, de fazer mais grupos dentro da comunidade, não esperar que o usuário desça eu acho, eu penso que seja um pouco contraditório, é esperar que trinta usuários venham na minha comunidade sendo que é muito mais fácil eu uma profissional subir na minha comunidade que eu queria fazer. na uma educação continuada com eles, levantar questões, levantar dúvidas. Pense em relação ao dots, eu não sei se eu provavelmente não sou essa questão. mas a gente faz o dots na casa, a gente pede pro usuário vir uma vez por semana aqui, mas as outras cinco, quatro, quatro dias a gente vai lá pra poder fazer e a tecnologia Eu acho que nenhuma tecnologia ele é tão eficaz do que o contato com o ser humano. É uma tecnologia ela vai ser vai ser mais aproveitada do que o olhar pro meu usuário conversar com o usuário. Enquanto a gente não fizer isso a informação não vai chegar, a educação não vai chegar e a educação e

saúde. Tô falando de educação do que eu posso educar o meu usuário. Educação em saúde.

**** *part_14 *perg_1 *ida_2 *rio_1 *etn_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Bom isso existe uma variação muito grande de acordo com a unidade que você está porque eu trabalhei em duas unidades no unidade a tinha uma vulnerabilidade estrutural muito grande foi pra um posto extremamente antigo construído há muitos anos atrás e onde nunca houve aplicação de verba pra conservação da sua estrutura. Então hoje é um posto que tem bastante eu considero bastante risco de você estar ali dentro de um risco estrutural para a população que está ali dentro. Já o meu outro o meu outro posto de trabalho é uma é uma unidade mais nova, é uma unidade pré-fabricada, ela não tem concreto em suas estruturas, ela é basicamente formada de e não sei se se é da minha impressão mas parece ser mais seguro do ponto de vista de um desastre estrutural mas também é menos seguro do ponto de vista de um desastre natural ventos e tempestades e outros afins. Não tem concreto em suas paredes. Já do ponto de vista biológico inclusive voltando inclusive em relação ao crime também Porque nós estamos inseridos dentro da comunidade. Diversas vezes eu durante a atuação eu já presenciei tiroteios na comunidade. Então você tem pelo menos numa unidade de concreto uma sensação de segurança isto é maior do que numa unidade onde as paredes são de um material mais leve. Então, com relação a ao risco biológico Ambas as unidades onde eu trabalhei, onde eu trabalho e trabalhei eu tenho eu lido com uma população muito pobre, uma população majoritariamente que mora em comunidades, em casas sem saneamento, em casas pequenas onde a população, as famílias vivem amontoadas muitas vezes em um cômodo, dois cômodos e do ponto de vista biológico de propagação de vírus e bactérias é altamente presente na vida dessas comunidades a rápida propagação de vírus como a gente está vivendo agora no momento surto de influenza onde a gente vê uma casa com dez pessoas e dois cômodos e você por tratamento sugere que a pessoa faça distanciamento social e higiene das mãos com frequência Isso não é possível. A pessoa mora na num nenhum cômodo que quem tinha dois cômodos com cinco filhos. Então acaba que o do ponto de vista biológico a gente tem a propagação de doenças muito facilmente como foi com o covid. No Rio no Rio de Janeiro, na época da crise. dentro das comunidades o covid se multiplicava com muito mais facilidade do que na área mais urbana de da cidade e acho que é isso.

**** *part_14 *perg_2 *ida_2 *rio_1 *etn_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Olha, na questão estrutural resposta eu acho que de imediato tem uma. Por diversas vezes a gente se deparou com situações inusitadas. Eu durante a minha atuação que Ninguém sabia o que fazer Não mas também eu acho que são coisas que ninguém estava preparado pra isso porque não era previsto que isso acontecesse. Já vi luminárias caírem inclusive na minha cabeça uma luminária caiu já vi teto de sala desabar com laje com tudo e ser simplesmente fechada a porta pra ninguém entrar porque ali estava desabado o teto já vi fiação pegar fogo na unidade e todo mundo sair correndo desesperado pegando bolsa e sai e sai amuzado pegou fogo e encheu de fumaça Então

assim já vi diversas coisas acontecerem e preparado ninguém estava naquele momento. Capacidade de resposta eu considero vê assim pela coordenação e pela gerência local eu considero que foi bem aquém do que deveria ser de uma preparação mas eu acho que também são coisas que ninguém estava preparado pra isso porque são coisas que ninguém espera que aconteça. Um teto cair uma luminária cair uma fiação pegar fogo. Então agora a capacidade de resposta frente a um problema biológico em uma comunidade depende muito não é não é uma atuação somente nossa depende muito das coordenações centrais de indicações de protocolo de como a gente deve fazer de como deve proceder a gente não decide as coisas sozinhas as unidades de saúde elas trabalham em rede sobre uma coordenação única da coordenação diária e as coordenações diárias sobre a coordenação da secretaria de saúde. Então não é uma decisão somente nossa. Claro que cada comunidade tem sua particularidade. mas quando a gente vive um susto de como de foi o de covid, como foi o da a que está sendo da influenza a gente recebe constantemente notas técnicas que delimitam o que a gente deve fazer, inclusive delimitam o que a gente deve preservar e como a gente deve estar e quem vai ser testado pra covid-dezenove, quem vai porque os sintomas são muito parecidos. E Acho que nós estamos de uma certa forma encarando a agora o surto de influenza de uma forma mais tranquila porque a gente já passou pelo covid. Então a gente já estava preparado já tinha uma sala de resposta rápida, já tinha uma estrutura já montada, já uma rotina de equipe já estabelecida de quem ia ficar na área de atendimento e sintomáticos respiratórios então foi mais fácil do que quando surgiu o covid. Nós estamos agora atendendo as pessoas com influenza e acho que a gente está lidando bem. muitas pessoas doentes todos os dias mas os pacientes graves são muito poucos geralmente são exceção e a gente está lidando bem só é cansativo mas porque são muitos atendimentos por dia, chegam na minha unidade atual, chegam a cento e cinquenta, duzentas pessoas por dia atendidas. Mas estamos lidando bem, eu acho que na medida do possível.

**** *part_14 *perg_3 *ida_2 *rio_1 *etn_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Eu acho que a comunidade conta com a unidade de saúde como um dos seus instrumentos de saúde. Como eu vou como eu disse a homenagem é muito carente noventa e nove vírgula nove por cento das pessoas não tem acesso a saúde suplementar, não tem acesso a um plano de saúde, a um hospital particular, uma clínica particular, todos eles contam e precisam unicamente do SUS. Então a clínica ali é uma é um instrumento principal pra eles que estão ali. Até porque nós temos uma cátedra de instrumentos de saúde na ilha do SUS. Basicamente somente as clínicas da família. em um hospital de emergência que tem um acesso um pouco dificultado para as pessoas que tem um não tem sintomas graves. Só eles só atendem geralmente pessoas em situação de risco de muito risco. Gravidade. Então eu acho que a comunidade entende e que aquele espaço ali é preciso. Eu vejo muitos pacientes falando nós precisamos disso aqui ou é o que nós temos então eu acho que a comunidade entende a importância do trabalho que é feito dentro das unidades de saúde e de certa forma a comunidade em geral e no coletivo é agradece e não que eles tenham que agradecer porque é um serviço público e é direito deles. A gente vê tentativas de ajudar, de fazer uma melhora no no sistema de esgoto tentativas de melhorar o acesso a algum lugar que está com sem água ou na comunidade isso é muito comum. A gente tem um alguns

lados da comunidade tem não tem água outros não tem água eles se mobilizam pra tentar eles mesmos fazerem a obra ou mexer nos canos porque áreas onde às vezes o os poderes públicos não chegam lá dentro. As fornecedoras de energia elétrica, os fornecedores de água da cidade. Então muitas vezes eles mesmo que tem que fazer as obras, as movimentações de canos, de fios, de e tal. então assim eu acho que eles se movimentam pra isso mas claro que não é um serviço ideal. Porque acaba ficando uma coisa popularmente conhecida como um gato Tem um puxa a energia daqui, puxa a água de um cano que vem o principal da rua e aí acaba que um lugar fica sem, o outro fica sem. rede de esgoto não tem às vezes tem mas é muito obstruída tem nas partes principais da comunidade nas partes mais centrais agora nas pontas da comunidade já não tem então é difícil.

**** *part_14 *perg_4 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Olha eu como atuei sempre na atenção primária eu não eu não tenho muito eu não tenho muito noção é assim em loco dentro do trabalho de como foi nas unidades hospitalares a gente sabe que a gente vê pela televisão e mas eu acho que a devido ao pânico que foi gerado pela mídia, pelo mundo na no início do covid onde ninguém conhecia nada eu acho que sim a ênfase aos hospitais foi muito maior até por uma questão midiática. Você precisa dizer que a cidade está preparada com hospitais e leitos e CTIs pra que a população tenha uma sensação de segurança com relação a saúde. Nós estamos numa pandemia mas nós temos hospitais quando na verdade noventa e nove por cento das pessoas que vão ter covid elas vão precisar apenas de tratamento sintomático analgesia, de repouso, hidratação e ficar em casa. mas sim claro por uma questão mais midiática foi muito mais ênfase na no tratamento hospitalar, que era o que aparecia na televisão hospitais de campanha hospitais de referência como Ronaldo Gazolla leitos CTIs era só isso que aparecia.

**** *part_14 *perg_5 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Desde o do direcionamento da pandemia até hoje tem sido o mesmo. A pessoa ela entra no ela chega na verdade e só tem que falar sobre duas unidades diferentes. Eu mudei de unidade no meio da pandemia então eu tinha um fluxo em cada lugar no Unidade_a onde eu trabalhava antes a gente tinha uma área não externa ao posto mas uma área com maior ventilação externa. Que era ali por trás onde as pessoas com sintomas respiratórios entravam todos de máscara sentavam e passavam por uma avaliação de técnico de enfermagem pra ver sinais vitais e em seguida era passava por uma consulta ou com o enfermeiro ou com o médico para determinar se ia fazer teste na época não a gente não tinha tão fácil acesso ao teste rápido. O teste rápido de nariz que saiu resultado em quinze minutos Então poucas pessoas eram testadas de fato porque você tinha que fazer o PCR. Que é vai pro laboratório o resultado leva três dias logo depois assim com o passar do ano a gente foi recebendo mais testes rápidos e isso começou a ser colocado em prática Pessoa chegava era a mesma coisa, via sinais vitais, passava pela consulta mas já fazia o teste ali na hora e tinha o resultado em quinze minutos. Que é o que mais ou menos acontece na minha unidade atual. Aí a pessoa chega pela frente da unidade e logo na frente da unidade tem uma pessoa do corpo técnico ou um técnico

de enfermagem, um enfermeiro que logo de lá na entrada identifica se a pessoa tem algum sintoma respiratório, tosse, coriza, febre, dor no corpo, dor de garganta e aí ela é redirecionada pra uma área externa que a clínica é mais aberta. E ela é redirecionada pra essa área mais externa perto do estacionamento da unidade a gente tem algumas salas de atendimento e tem algumas cadeiras e a pessoa chega, dá a volta, ela entra por ali, aí ali ela é recepcionada por um técnico de enfermagem a gente tem algumas salas de atendimento e tem algumas cadeiras e a pessoa chega, dá a volta, ela entra por ali, aí ali ela é recepcionada por um técnico de enfermagem que identifica quais são os sintomas verifica a temperatura, saturação de oxigênio da pessoa, frequência cardíaca, frequência respiratória aí de pronto também o técnico geralmente faz a notificação da pessoa no e_SUS como sintomático respiratório e essa pessoa passa pelo atendimento. Aos efeito ausculta pulmonar se tem algum sintoma de gravidade, algum sintoma de alarme, febre alta, falta de ar e essa pessoa passa pelo atendimento. Aos efeito ausculta pulmonar se tem algum sintoma de gravidade, algum sintoma de alarme, febre alta, falta de ar são testadas, todas. E aí a pessoa faz o teste, recebe o resultado e em seguida ela volta pra sua casa.

**** *part_14 *perg_5.1 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

No início quando surgiu a pandemia de covid dezoito e cinco realmente ficaram muito abandonadas a gente teve um surto de medo coletivo também. Porque ninguém conhecia a doença nem a própria secretaria de saúde, nem a nem as próprias coordenações sabiam o que o que o que vinha pela frente e houve meio que uma determinação de que tudo fosse parado, tudo fosse suspenso, atendimentos de hipertensão, diabetes, pessoas com doenças crônicas, pessoas até com câncer pararam de procurar unidade e são doenças que não esperam. E houve um esse medo em seguida com o passar do tempo a gente foi retomando algumas poucas coisas. Hipertensos graves, diabéticos graves pré-natal que a gente não podia parar não tem como desassistir uma mulher porque a gestação dela não vai esperar. A pandemia acabar. puericultura de crianças que tiveram algum problema no nascimento e precisavam de alguma atenção, alguma alteração ao nascimento. Em geral foi basicamente as únicas coisas que foram mantidas. Hoje nós vivemos já um momento de reabertura Nós temos um movimento oficial pela Secretaria de Saúde de Desejo do Secretário que seja feito uma reabertura, que tudo volte a funcionar como era antes. Ainda que tenhamos o surto de gripe, ainda temos covid. Mas que a clínica precisa funcionar. As linhas de cuidado também são importantes. Então mas no início foi a gente parou em tudo mesmo. foi um certo medo coletivo e pedido para as pessoas que ficassem em casa, hipertensos, diabéticos, graves e no início meio que foi tudo abandonado, as linhas de cuidado, foi só o foco era só covid. Hoje a gente tem já uma reabertura grande a gente marca pessoas já voltou a marcar consulta de pessoas com hipertensão, diabete pra acompanhamento, fazer exames laboratoriais, pessoas com tratamento de neoplasias, pré-natal, está tudo normal, puericultura. hoje a gente já tem uma abertura maior e retomando, retomando as linhas de cuidado. Mas muita coisa foi perdida A gente tinha listas de acompanhamento, hipertenso, diabéticos e tudo ficou muito desatualizado. Então hoje é que a gente está conseguindo retomar as coisas.

**** *part_14 *perg_5.2 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Atendimento em si da unidade foi muito impactado na pandemia. Como ninguém conhecia o as repercussões da pandemia do vírus quem poderia pegar se poderia evoluir de uma forma grave todo mundo tinha muito medo então muita coisa foi suspensa. A rotina de atendimento da unidade foi completamente mudada até hoje toda pessoa com sintoma respiratório. Antigamente a pessoa era tratada da mesma forma que todo mundo Ela entrava pelo mesmo lugar. Ela ficava esperando no mesmo saguão. Então ela era direcionada pro pros pra sua consulta de forma igual igualitária. Hoje uma pessoa com sintoma respiratório a gente pede a separação pra uma outra área pra que evite a contaminação até das próprias pessoas que estão dentro da unidade. Os outros pacientes que não estão doentes com sintomas respiratórios e das próprias pessoas que estão doentes porque muitas vezes elas vão com filho, com tio, marido, sobrinho vai um monte de gente pra clínica pra atendimento às vezes de uma pessoa. E eles acabam ficando muito grudados, conversando um com o outro e numa área mais externa onde tem uma maior circulação. eles ficam mais menos expostos, mas a rotina de atendimento da unidade foi muito impactada. Nós tínhamos turnos de atendimento de pessoas com hipertensão, diabetes como eu falei. No início tudo foi suspenso de cuidado como puericultura, pré-natal foi mantido assim com muita dificuldade Até as próprias pessoas não queriam ir pra unidade, tinham medo. Foi muito impactado. Hoje a gente vê a população mais dentro da eles já conseguem voltar mais, eles já perderam um pouco do medo com as vacinas muitos já tem a terceira dose, então eles já estão voltando a querer consultas e querer se acompanhar, fazer exames e voltar à rotina normal mas de fato a rotina do atendimento sintomático respiratório ainda continua exatamente como era do início. As pessoas ainda estão em locais separados a gente ainda tem um local separado da clínica para essas pessoas. também ainda tem repercussão.

**** *part_14 *perg_5.3 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Olha na unidade onde eu estou hoje a gente vê uma almoxarifado onde ficam os insumos principais houve já uma tentativa de deixar uma grande quantidade desses insumos perto do local onde fazemos o atendimento sintomático respiratório mas acaba não dando certo eu não sei porquê. Porque esses insumos tem que ser reabastecidos. E aí acaba que ou quem é responsável por esse reabastecimento esqueceu ou não botou. Então basicamente a gente tem pro atendimento sintomático respiratório a gente tem um o capote que a gente coloca em cima da roupa que é tipo um avental de trás pra frente lura que a gente usa em caso de testagem o óculos de proteção que muitas pessoas não gostam de usar eu por exemplo não uso porque eu não consigo enxergar com ele eu preciso do meu óculos normal de grau mas já é uma proteção e touca de cabelo e insumos se precisar assim dos testes se precisar fazer alguma medicação venosa e tudo esses insumos assim mais de mais uso da enfermagem e eles estão presentes na sala de atendimento onde tem a triagem. Agora esses insumos de proteção pessoal toda vez que a gente vai pra essa área a gente tem que pedir para na administração pra eles pagarem ou já ficam um bolinho de capote, avental e touca na administração e a gente vai lá se paramenta e depois vai pra área de covid.

**** *part_14 *perg_6 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

olha eu acho que que cada unidade tem uma realidade como eu falei nisso na minha primeira unidade que era muito mais vulnerável a gente fez realmente o que foi possível porque a as condições não eram ideais. A gente não tinha uma área externa com condições ideais pra atendimento, era uma área pequena. o atendimento as pessoas acabam ficando muito amontoadas uma em cima da outra as as condições de atendimento para a equipe médico, enfermagem, técnico que estavam ali eram muito ruins era uma área de externa de muito calor era a gente passava momentos ali de realmente sofrimento porque passamos um verão com covid que onde a gente tinha temperaturas ali naquela área externa extremamente elevada, uns quarenta graus em dias muito quentes e atendemos pessoas ali naquela área externa mas é o que a gente tinha não tinha ar condicionado e as condições não eram as melhores, mas era a condição que a população tinha naquele momento que a gente tinha pra oferecer. Que foi possível ser feito. Já na outra unidade a gente usa uma estrutura melhor, salas com ar-condicionado, e as condições não eram as melhores, mas era a condição que a população tinha naquele momento que a gente tinha pra oferecer. Que foi possível ser feito. Já na outra unidade a gente usa uma estrutura melhor, salas com ar-condicionado, preferia manter o ar condicionado ligado mas mesmo assim com as janelas abertas pra circular o ar mas o que foi possível fazer na primeira unidade foi isso a gente continuou atendendo mesmo em condições extremamente ruins preferia manter o ar condicionado ligado mas mesmo assim com as janelas abertas pra circular o ar mas o que foi possível fazer na primeira unidade foi isso a gente continuou atendendo mesmo em condições extremamente ruins porque o atendimento inclusive dos sintomas respiratório não podia parar. Mas eu acredito que poderia ter sido muito melhor se a gente tivesse uma estrutura. Então a gente não pode oferecer uma um atendimento de muita qualidade do ponto de vista de bem-estar pra população que estava ali esperando. Às vezes a pessoa ficava esperando uma hora pra ser atendida porque tinha muitas pessoas. nesse ambiente onde eu falei muito quente às vezes muito amontoados de várias pessoas então não foi possível eu acredito que não foi possível ter um atendimento de excelência por isso Mas a gente fez o que foi possível, que a gente tinha na estrutura do da unidade.

**** *part_14 *perg_7 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Aí pra falar a verdade eu acho que o brasileiro nunca gostou de se preparar pra eventos futuros. Eu acredito que não há não há hoje em dia nem por parte da gestão local nem por parte da gestão municipal. nenhuma nenhum plano de preparação pra qualquer surto ou epidemia ou nova pandemia. Diferente do que a gente vive hoje. Como foi o caso de e um exemplo excelente pra isso é surto de influenza. Que até novembro até o meado de novembro de dois mil e vinte e um que estão que estamos agora a gente já estava pensando em encerrar a área de atendimento do covid. E unificar todos os atendimentos novamente. E isso já estava inclusive decidido em reunião. Já tinha data pra acontecer. ia ser numa segunda-feira e encerrar a área do covid todos os pacientes iam ser atendidos no mesmo local. Só que justamente num uma semana antes numa quarta, quinta e sexta-feira nós começamos a perceber o aumento assustador de casos de sintomáticos respiratórios com teste negativo pra covid que era o de já o início do surto

de influenza. Mudou-se todos os planos, a área do covid permanece hoje atendendo, recebendo cento e cinquenta, duzentas pessoas com influenza. Com gripe todas são testadas mas não estávamos preparados pra isso. A gente a gente já estava planejando em encerrar o atendimento do covid pra que todos os profissionais que ficam dedicados ao covid naquele turno estejam inseridos no atendimento normal da unidade. mas como houve esse surto a gente não estava preparado pra isso, houve uma reunião de emergência pra que tudo fosse reorganizado novamente no covid na área do covid de sintomas respiratórios e a gente não estava preparado a gente viveu o problema se reuniu de emergência e decidiu que ia se manter o atendimento sintomático respiratório.

**** *part_14 *perg_8 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

a comunicação de um de uma secretaria de saúde hoje no Rio de Janeiro ela é feita basicamente através das clínicas da família pelos pela gestão pela gestão local. E pela mídia. Muito muitas vezes a gente tem notícias divergentes. Na parte principalmente da vacinação durante a vacinação do covid-dezenove primeira dose, segunda dose, muitas vezes a gente ficava sabendo da das notícias pela mídia De quem seria vacinado no dia, qual seria a exceção do dia, qual seria a vacina que está chegando. Então nessa parte a comunicação eu acho que ficou um pouco aquém Principalmente pra unidade A unidade tinha que ser a primeira a saber, as unidades Mas muitas vezes a gente ficava sabendo pela televisão o que que ia ser feito no dia. Mas a parte da do atendimento, dos protocolos. a gente recebia os informes técnicos as notas técnicas com as resoluções o que tinha que ser feito esses informes geralmente eram passados aos responsáveis técnicos médicos da unidade e eles repassavam para cada médico e cada enfermagem da unidade.

**** *part_14 *perg_9 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

É um trabalho de educação permanente você tem que tem que fazer a população entender que o a pelo menos durante o período mais crítico da pandemia de que a população tinha que estar em casa, de que a população tinha que estar em isolamento, não era pra ficar indo pra unidade sem motivo ou pra rua sem motivo pra evitar o risco de contaminação nesse caminho ou então você própria pessoa estivesse doente de contaminação de outras pessoas. Mas é um trabalho de educação permanente. Ai você essa comunicação tem que ser feita majoritariamente boca a boca. Você vai orientando pessoa a pessoa eu pelo menos que eu vi na minha prática eu não vi nenhum movimento assim grande de líderes comunitários com seja qualquer instrumento de comunicação, panfletos, cartaz de som ou pra isso assim era mais o a comunicação da unidade com a população é mais dentro do consultório boca a boca de educação permanente de todos os profissionais não só médicos e enfermeiros mas desde o do segurança da unidade o pessoal da odontologia, os administrativos, o pessoal da limpeza, todo todos os profissionais que estão ali dentro e sabem que é que durante a pandemia, durante a crise do covid a gente tinha que manter a população em casa, em isolamento, quem estivesse doente não era pra ficar circulando pra não transmitir o vírus pra outras pessoas. Então todo mundo está apto a fazer essa conversa Todo mundo tinha o mesmo o mesmo papo, digamos assim com a população.

**** *part_14 *perg_10 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

De risco já. Olha de certa forma não porque a gente como eu te falei a gente teve a gente teve o interrompimento de e quase todos os linhas de cuidado a redução de risco que eu a que eu vejo hoje é a gente tentar retomar as linhas de cuidado como eram antes mas no naquele momento não, não teve.

**** *part_14 *perg_11 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Eu acho que a gente tem que estar ciente de que uma pandemia não avisa quando vai chegar. como a gente viveu num covid-dezenove como a gente está vivendo agora nesse surto de influenza na cidade do Rio de Janeiro que ninguém esperava um surto de influenza em dezembro não é uma não é uma coisa usual de acontecer como a gente viveu num covid-dezenove como a gente está vivendo agora nesse surto de influenza na cidade do Rio de Janeiro que ninguém esperava um surto de influenza em dezembro não é uma não é uma coisa usual de acontecer como muitas doenças virais Então a gente tem que estar preparado pra emergências De principalmente dentro de comunidades onde as doenças circulam com uma facilidade muito grande, não só respiratórias Mas gastroenterites, alguns tipos de gripes, influências Então essas doenças circulam de forma muito rápida em comunidades onde as pessoas vivem numa condição muito precária, vulnerável. Então a gente tem que estar ciente de que a gente atendo numa unidade de saúde a gente pode a qualquer momento viver um surto local, um surto menor. Não como foi a pandemia que foi no mundo inteiro, mas fica pra isso.

**** *part_14 *perg_12 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

E pra te ser sincero eu não me recordo. A gente tem um atendimento das pessoas na unidade pessoas chegam com sintomas. São atendidos mas de certa forma a prescrição o que a pessoa vai fazer de conduta de tratamento na unidade pessoas chegam com sintomas. São atendidos mas de certa forma a prescrição o que a pessoa vai fazer de conduta de tratamento É basicamente sempre o mesmo Uma analgesia com algum analgésico comum, paracetamol, dipirona, soro fisiológico pra lavagem do nariz, lavagem nasal, hidratação. Quase nunca a pessoa está um ponto de necessidade e hidratação venosa. Mas a hidratação é feita oral mesmo em casa. Hidratação quase nunca a pessoa está um ponto de necessidade e hidratação venosa. Mas a hidratação é feita oral mesmo em casa. Sim alguma tecnologia que tenha sido implementada durante a pandemia não.

**** *part_14 *perg_13 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_c *ubs_1 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Olha é difícil pensar em uma tecnologia que necessite ser incrementada mas eu acho que eu acho que a gente precisava precisaria ter tido mais comunicação com a população e mais meios de garantia a higiene da população. Porque muitas casas a gente via que não tem não tem saneamento não tem água, não tem esgoto então eu acho que por parte da do poder público deveria ter sido feito muita coisa que mas que não é feita há muitos anos garantir o acesso a água, potável, ao esgoto, saneamento básico

mas por parte da unidade não consigo pensar em uma tecnologia a ser implementada pra facilitar a vida da população nova.

**** *part_15 *perg_1 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_1

Eu acho que assim eles estão bem expostos a principalmente poluição da água. A gente tinha um quadro muito importante de gastroenterite, de diarreia muita criança, muita muito adulto também. No geral, doenças de pele prevalência muito alta, saneamento básico no geral ali faltava bastante. Esgoto a céu aberto também tinha quantidade considerável, tinha lixeira a céu aberto. Tem uma área muito vulnerável na parte de trás da comunidade que é o mangue lá eles descartam todos os dejetos, não tem esgoto, não tem água encanada. Quando chove alaga tudo então entra água na casa. Então estão expostos a ene doenças e basicamente isso. Em questão também do acesso ali a eles entenderem o que que a unidade de saúde pode fornecer pra eles também. Eles não tem muito esse conhecimento, faltam serviço de educação em saúde ali também. Quando a gente conseguir chegar mais ali para eles muita coisa mudaria. Mas acho que é basicamente isso. Essa questão do saneamento ali eu acho que era muito importante. Eu acho que influenciava muito no que a gente atendia no geral assim.

**** *part_15 *perg_2 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_1

É, falta mão de obra, no caso médico, de fato só eu. Na minha experiência foi uma demanda muito grande. Não eram demandas muito complexas. A princípio era muito justamente esses casos: diarreia, vômitos, crianças com doença de pele. Pegava muito isso mesmo. E aí talvez precise disso que eu falei da questão da educação em saúde, mas como a gente estava num contexto de pandemia também não tinha como fazer o PBE, por exemplo. E tem também uma parte que a gente tentava trabalhar junto com o estado. A questão da CEDAE fornecimento de água questão do esgoto. A gente tentava conseguir alguma coisa, uma resposta deles pra ajudar mas era difícil. E a gente também não tinha uma estrutura muito boa para atender de fato nos consultórios. Às vezes faltava água pra gente mesmo lavar as mãos, entre uma consulta e outra. O próprio ar condicionado não funcionava. Medicamento também, às vezes faltava medicamento, sal para reidratação oral, por exemplo. Uma criança com diarreia, um adulto com diarreia. Remédio pra dor, faltava tudo estruturalmente.

**** *part_15 *perg_3 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_1

Eles tentam criar os próprios recursos assim você vê muita ligação clandestina, de água, eles tentam fazer fôforos, esgotos. Eles tentam ali da forma deles controlar melhor essa questão ambiental por exemplo. Do que não existe por parte do Estado ali praticamente inexistente alguns tentavam procurar por fora consultas médicas também por não conseguir ali no posto às vezes estava muito cheio de existia m e é difícil assim não eles também não tinham muito o que fazer. É realmente uma população que está muito vulnerável, muito exposta. e a gente vê muito, que eu via muito lá, é que eles tinham uma postura de como se a gente fosse inimigo. Se a gente não conseguisse ajudá-los e eles ficam frustrados também, com certeza, a gente também ficava. achavam sempre

que a gente não estava podendo fazer o melhor. E sei lá por algum motivo mas eles não conseguiam entender, e aí acabam que vian a gente como veem a gente como inimigo assim. Não como parceiro ali. Alguém para levar a saúde, promover saúde. Isso era bem difícil. Eu ficava triste assim. Foi um período bem complicado.

**** *part_15 *perg_4 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Com certeza. Não sei se desprepare quem tava lá na frente, e também tem a questão da negligência das populações mais carentes. Assim eu acho que faltou muito esse pensamento inicial de que a comunidade ali tem toda essa questão de falta de estrutura. Que a gente está falando dessas vulnerabilidades e que o contágio ali uma pessoa mora com outras oito pessoas, tem que trabalhar e pegar transporte público todo dia. Então se contaminando trazendo aquilo ali não tem um em casa não tem uma estrutura básica. Às vezes não tem água pra lavar a mão. Então a contaminação ali no geral lá fora foi o que a gente teve de protocolo que estava vindo de pessoas graves. Que realmente foi um foco maior nessa preocupação. Mas faltou pensar na prevenção, também no contágio. E acho que essa população ficou bem negligenciada muito mesmo.

**** *part_15 *perg_5 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Olha, quando eu cheguei já tava com o fluxo estabelecido. Desde acho que há uns seis meses que eu cheguei em agosto de dois mil e vinte já não tinha agendamento de consultas de rotina. Então a gente só atendia demandas agudas, e quando eu cheguei ainda só atendia covid. Em um ano e meio eu acho que eu fiquei lá, a gente praticamente não atendia hipertensos, diabético. Precisava de acompanhamento. Enfim, foi muita gente que precisava desse cuidado contínuo e ficou assim à mercê. Então era basicamente demanda aguda e covid que a gente tinha que focar. E as pessoas vinham pedir consultas precisando. Sou diabética, estou a mais de dois anos sem consulta aí a gente falava que tinha a hora que a gente: vamos ver, vamos marcar mas agora não pode porque tem covid, vamos priorizar covid. Então a população também criou uma certa resistência depois achando que a gente não ia mais atender. Criou aquela sensação ruim de que a gente não tá ali pra ajudar, a gente só tá empurrando com a barriga.

**** *part_15 *perg_5_1 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Então das linhas de cuidado foi gestante, criança que permaneceram. E em algum momento um pouco mais a frente pediram pra gente priorizar hipertensos com lesão de órgão alvo e diabéticos e insulino dependentes.

**** *part_15 *perg_5_2 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Teve. Que eu lembro, basicamente a gente não agendava mais ninguém, depois pro final de dois mil e vinte e um, a gente voltou a agendar aos poucos. Principalmente teve uma organização assim, vamos chamar os de hipertensos, diabéticos que usam insulina e quem tem hipertensão com lesão de órgão alvo. Aí a gente foi priorizando esses, solicitados exames, marcava o retorno e assim por diante. Gestantes e crianças sempre

foram atendidas. Esse é um ponto assim que eles não deixaram de ser atendidos. Só a crianças abaixo de um ano. Teve aquele protocolo, mas era basicamente isso.

**** *part_15 *perg_5_3 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Acredito que não. Deixa-me ver que eu lembro não. Sempre tinha máscara noventa e cinco, a gente tinha tudo, álcool. Eu acho que teve só essa a elevação do fornecimento de álcool. A gente recebia bastante toda semana, sempre. Máscara sempre tinha. Acho que era isso mas tinha um controle assim das máscaras, meio rígido.

**** *part_15 *perg_6 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

É isso. Eu acho que o acompanhamento dessas linhas de cuidado de hipertensos, diabéticos. Outras pessoas como por exemplo câncer, ficou bem negligenciado. Era uma coisa que me incomodava muito. Porque a gente não via muita perspectiva de como fazer, organizar isso, sem colocar em risco as pessoas. Então, eu acho que esse acompanhamento não foi feito da melhor forma. E que a gente conseguiu fazer, sinceramente foi atender a demanda aguda. O que eu brincava que era um novo upa de família. Atenção primária mesmo a gente não fez. Nesses dois anos que tinha essa questão da incerteza e da insegurança. Até a gente entender como é que se estava o contágio, o que que a gente podia fazer, não podia fazer. Atende aqui nessa área, por exemplo, lá no covid a gente só tinha uma área de observação, que que era no meio do corredor. E assim, por exemplo, o paciente estava lá com covid, precisava de O dois eu tinha que colocar ele lá no canto do lado do originário. E aí se chegasse um outro paciente infartando, apesar de uma medicação ele tinha que ficar do lado. Foram várias vezes, então assim a questão estrutural, pesou muito. Eu só poderia ter duas, três emergências. E essa questão do da própria pandemia, a gente tinha que pesar os riscos de expor a população. Então a gente realmente ficava com medo até em certo ponto. A gente falava caranda eu vou botar um idoso insulino dependente de comorbidade, que numa unidade não tem uma estrutura, uma área separada direito pra covid. Estou expondo essa pessoa. Enfim, foi bem complicado. Acho que foi mais por isso. Acho que a questão estrutural piorou muito pela física da unidade.

**** *part_15 *perg_7 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Eu acho que não tinha nem que abrir. Sendo muito sincero. Assim, não fui lá depois da obra. Mas antes não deveria ter recebido sabe. Não tinha estrutura aqui não. A gente estava muito exposto paciente muito exposto. Realmente não foi cumprido ali nenhuma. Praticamente nenhuma norma, além dos EPIs que assim foram fornecidos direitinho, qualidade OK. Mas para mim não tinha que existir uma, por exemplo, uma área covid ali era ilusória.

**** *part_15 *perg_8 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Eu acho que a informação de qualidade não chegou pra essas pessoas. O que eu via muito, que eles se baseiam nos noticiários, jornais. E era uma coisa mais sensacionalista. Não acho que eles demoraram para ter a noção da dimensão do que era uma pandemia. Acho que palavra pandemia para eles nem ficou muito clara. Então a gente via pessoas que achavam que não precisava usar máscara bobeira! Ou só precisava usar máscara se tivesse resfriado. Então realmente faltou chegar à informação de forma correta ali pra eles. E assim especificamente na unidade, a gente não tinha uma ação por exemplo do estado diretamente. Eu vejo que foi diferente, por exemplo na nas idades. Eu vi que ali no Alémão teve toda uma mobilização muito legal na pandemia, de conscientização, orientação da população. Eu acho que o que deveria ter sido feito em todas as comunidades, acho que foi muito legal. E ali a gente não teve, porque assim eu raramente vi gente usando máscara. Por exemplo sempre que eu na consulta eu falava, tentava explicar ajudar mas nem os ACS podia ir na rua. Porque ficava aquela coisa: não pode ter visita, não pode sair da unidade e tudo mais. Então como é que a gente ia chegar naquela população. Não tinha folder, não tinha nada assim. Realmente a informação não chegou para aquelas pessoas. Que elas viram era na televisão. E isso assim, eu não acho que foi minha formação que passou com qualidade. Por parte do governo acho que não teve esse cuidado não. Assim, eu como médica lá eu não tive nada direcionado, nenhum treinamento, nada, nada, nada. O que eu fiz eu estava por conta própria, eu tenho uma professora minha que é epidemiologista e tudo mais. Então assim, eu tinha uma própria fonte de notícias de informações e eu fui lendo os protocolos. E é isso eu seguia mas ninguém nunca chegou e falou: olha os médicos da CAP vão pelo menos em conta estarão lá hem. Um ano e meio a gente vai fazer isso. E não teve nada disso, um treinamento educação continuada nada. Eu que procurava todas as informações.

**** *part_15 *perg_9 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Olha eu não estava no início. Eu realmente não sei como foi feita. Mas assim, não é que nem eu te falei. Então a gente não saía para orientar na rua. Não tinha mesmo era ali na unidade, quando o paciente chegava, eles falavam: olha tem que usar máscara e tudo mais. Eu orientava sobre o isolamento. Como é que era feito, quando tinha contato com alguém, como é que fazia. A dimensão que estava olha, o número de casos está aumentando, vamos tomar mais cuidado usar máscara, vamos lavar as mãos. Então ali no momento da consulta mesmo que a gente conseguia orientar. Mas realmente não teve um trabalho da unidade específico pra isso não.

**** *part_15 *perg_10 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Não.

**** *part_15 *perg_11 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Eu acho que é isso. Acho que falta esse olhar para as populações vulneráveis que a gente tem no Rio de Janeiro. Assim, nas comunidades, eu acho que o pessoal que tá lá na frente na gestão não olha tanto quanto deveria pra essa população. Assim fica muito

mais na mão de ONGs, de outros movimentos do que do próprio estado. Eu senti muita falta disso. Eu acho que a galera ficou muito: vamos fazer leite, vamos abrir o hospital de campanha e tudo. Mas voltado pra atenção primária mesmo não vi uma mobilização. Eu acho que isso faltou e seria muito importante. Tinha sido muito importante. Talvez a gente tivesse evitado muita morte dessa forma assim. Foi isso.

**** *part_15 *perg_12 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_4

Não.

**** *part_15 *perg_13 *ida_1 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_1 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_4

Eu acho assim, imprescindível. Eu acho que deveria ter um fomento maior a criação dessas tecnologias. Talvez nas próprias universidades voltadas para as demandas dessas populações, dessas comunidades. Que nem eu falei assim, são coisas básicas mesmo, para subsistência do ser humano. Em relação a filtragem da água, ao manejo ali do esgoto, eu acho que isso é o principal. Acho que se a gente não tem saneamento básico acho que seria importante um investimento nisso principalmente. É um sistema certo mas eu acho que para mim o que me marcou ali principalmente é isso que eu vi que impacta muito na saúde deles é a própria falta de água, de ficar uma semana sem água. E quando volta uma água suja. Você tem que beber água da torneira que é imunda e você vai passar mal. Ai você não vai pro trabalho que você está passando mal. E as crianças expostas ali no esgoto a céu aberto, pisando nos rios. E sem contar a questão da violência também que eu nem entrei nesse mérito. Mas ali como era uma unidade dentro da comunidade também tem isso. Crianças que convivem, crianças armadas, crianças que convivem com tráfico e aí é outro ponto que é o mundo lá parte também. Então, eu acho que a questão do saneamento básico me pegou muito ali. Eu vi a necessidade de como o quanto é importante isso. É eles estão muito vulneráveis assim.

**** *part_16 *perg_1 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Todas tá. Eu acho que então a gente falando aqui do Complexo do Alemão é uma comunidade vulnerável. Acho que em todos os sentidos. Em relação a moradia, em relação a saneamento, então eu acho que é uma população que fica completamente vulnerável a qualquer tipo de desastre. Seja biológico, seja climático, seja estrutural. Muita casa não tem uma estrutura adequada, são construídas uma em cima da outra. Sem ter uma projeção, às vezes a gente tem relatos de desabamentos por aqui. Foi uma população que ficou muito vulnerabilizada em relação a pandemia. Então as pessoas que não tinham como se proteger. No momento da pandemia foi um momento que estava faltando água aqui na comunidade. Então muita gente não conseguia lavar as mãos, mal conseguia tomar banho e tudo mais. Então fora a dificuldade de saneamento e as pessoas que precisavam trabalhar porque era o sustento delas. Se não trabalhassem não recebe e precisavam se expor ao vírus a todo momento. Então eu acho que é uma população muito vulnerabilizada em todos os sentidos a qualquer tipo de desastre, seja biológico, seja estrutural, qualquer um.

**** *part_16 *perg_2 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Pensando na questão, eu acho assim a vulnerabilidade que a gente mais se envolva foi a de saúde. Então, as vulnerabilidades de saúde acho que na época da pandemia a gente fez diversas ações, a gente se uniu com várias ONGs daqui do Alémão que formaram um gabinete de crise aqui pra poder cesta básica, distribuir água. Então a gente enquanto profissional de saúde fez várias orientações em como esses voluntários também iam se expor naquele momento. Então a gente trabalhou muito juntos, inclusive eles receberam várias doações de material pra gente aqui na clínica, tipo álcool, máscara, face shield, até pra gente não se expor. E eu acho que também nas vulnerabilidades sociais que é uma coisa que a gente trabalha muito enquanto médico de famílias atuante no território.

Então vulnerabilidade sociais, financeiras também, tentando amparar essas pessoas para que elas não fiquem tão expostas aos determinantes sociais de saúde. Dependendo do local em que moram e tudo mais. Vulnerabilidades estruturais, assim, eu confesso que aqui na clínica a gente não vivenciou nada do tipo. As vulnerabilidades estruturais que aconteceram aqui na comunidade não foram em áreas cobertas pela aqui pela clínica. Então a gente não se envolveu diretamente. Eu acredito que a gente estaria capaz em auxiliar, voltado pros cuidados em saúde, mas eu acho que se dependesse ali de algum trabalho mais braçal, acho que a gente não estaria capacitado.

**** *part_16 *perg_3 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Eu acredito que não. Assim eu acredito que não do jeito certo. Talvez embasado e com propriedades, eu acho que eles têm uma capacidade de união. Mas para enfrentar do jeito deles, assim sem orientação. Eu acho que se precisar se unir de repente para carregar alguma coisa, pra fazer junto, vai fazer, mas vai fazer do jeito dele. A gente tem o índice de analfabetismo aqui muito grande, de pessoas que frequentaram poucos anos na escola. Sobre desastre, não saberiam conduzir da mesma forma que foi com a pandemia. Apesar de muitas notícias, muita divulgação, muitas pessoas não faziam do jeito certo ou não faziam. Tem também a questão de como essa informação chega no território favelado. Muitas pessoas não tem televisão, não tem acesso à internet. Então é diferente como a informação chega.

**** *part_16 *perg_4 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Não. Para mim foi muito mais assistência na atenção primária porque era porta de entrada. Praticamente não existia uma porta de entrada hospitalar. O primeiro local de atendimento era na atenção primária. E aí dependendo da gravidade a gente solicitava a ambulância. Dependendo do caso às vezes o paciente muito grave para poder ele ser removido para uma unidade hospitalar seja secundária ou de maior complexidade terciária. No início da pandemia foi muito difícil porque a maioria das saídas de ambulância iam para UPA. Então assim não ia direto pra um hospital, mas depois conforme foi organizando, na verdade esse ano. Quando colocaram o Ronaldo Gazzola como hospital de referência só pra isso, as ambulâncias saíam já direto pra lá entendeu. Quando tinham o diagnóstico positivo o teste feito aqui já positivo.

**** *part_16 *perg_5 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Foi bem difícil. A gente formular um ambiente que não foi feito pra receber tantas emergências e que não estava preparado. Por exemplo a covid, o que veio muito à tona foi a questão da insuficiência respiratória com intubação. E é um procedimento que a gente praticamente nunca faz. Em cinco anos que eu trabalho na atenção primária eu nunca entubei ninguém. Então a gente precisou reorganizar toda a clínica, toda, toda. Principalmente também em relação a nossa unidade ser uma unidade contêiner que não tem janela. Então toda aquela questão da disseminação através do ar, a gente estava muito exposto. Então a gente teve que quase remontar a clínica, dividir a clínica pela metade para também não deixar de desassistir as pessoas que tinham outras queixas relacionadas a outras doenças. Mas deixar praticamente a metade da clínica só pros pacientes que eram sintomáticos respiratórios. Então enfrentamos situações de gravidade. Precisamos de treinamentos, precisamos em alguns momentos comprar coisas aqui pra clínica para poder ter a saída de oxigênio adequada, em caso do paciente ser muito grave. Foi bem difícil assim reformular uma unidade básica de saúde como uma unidade de atenção pré-hospitalar.

**** *part_16 *perg_5.1 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

As linhas de cuidado ficaram praticamente esquecidas assim sendo bem sincera. Os pacientes crônicos, hoje a gente tá enfrentando esse movimento dos pacientes crônicos completamente agudizados descompensados. Por terem ficado esses dois anos, muita das vezes só renovando receita, com medo de vir até a clínica, isso aconteceu muito. Os pacientes tinham medo de vir até a clínica, até mesmo pra a receita. Queriam renovar receitas por lá fora, para não precisar entrar aqui. Porque sabiam que tinham casos positivos aqui dentro. Então por mais que a gente tivesse fazendo essa triagem pra não misturar todo mundo no mesmo ambiente muitas pessoas deixaram de vir mesmo participar. Pararam de pegar medicação aqui na clínica e optaram por ficar esse tempo todo comprando medicação fora. Então nem renovar a receita estavam vindo. E a gente não estava conseguindo muitas pessoas deixaram de vir mesmo participar, pararam de pegar medicação aqui na clínica e optaram por ficar esse tempo todo comprando medicação fora. Então nem renovar a receita estavam vindo, e a gente não estava conseguindo aquela atividade de promoção e prevenção em saúde. O paciente hipertenso, diabético, vai ter aquela consulta ali a cada seis meses. O descompensado vai ter uma consulta mensal, a gente não conseguiu fazer isso. Ficaram todas as ações voltadas para os atendimentos desses pacientes com covid ou com suspeita de covid.

**** *part_16 *perg_5.2 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Então, os atendimentos reduziram muito. A gente fazia uma triagem na entrada da clínica com médico e enfermeira. E aí a gente ia praticamente triar. As coisas que fossem muito eletivas a gente pedia pro paciente retornar em algum momento. Até que a pandemia tivesse um pouco mais calma ou que os casos tivessem diminuindo. E as coisas que realmente precisassem eram atendidas, mas cada equipe tentava agendar um ou dois pacientes no máximo quando fosse muito necessário. Assim o paciente tinha

diabetes ou hipertensão, ou com alguma outra comorbidade que chegou já muito descompensado. E que mesmo naquele momento de pandemia estava topando, ele vinha sabendo dos riscos dentro da unidade. Então cada equipe a gestante, pré-natal e tudo mais. Essas pessoas continuavam sendo agendadas, mas era assim um, dois atendimentos por turno no máximo.

**** *part_16 *perg_5.3 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Olha, em dois mil e vinte foi muito difícil. A gente ficou muito desabastecido, tanto que a gente recebeu muita doação de máscara, álcool, Face shield. Muitas coisas a gente comprou com o nosso dinheiro, então compramos papel toalha, porque muitas das vezes faltava papel toalha pra gente enxugar as mãos. Compramos Face Shield, a gente já chegou a comprar folha de papel A quatro pra poder imprimir as coisas. A gente já comprou um bocal da saída de oxigênio aqui pra unidade, porque se precisasse de duas pessoas pra ficar ao mesmo tempo no oxigênio. A gente comprou aquele bocal duplo, cateter nasal, compramos máscara reservatório. E a gente comprou muita coisa, porque não tinha em dois mil e vinte e não tinha posição, não existia posição. Então aí dois mil e vinte e um já melhorou bastante. Em relação a todo material e hoje não falta mais. Desde dois mil e vinte e um não falta não faltou mais nada. Mas a gente passou por um período bem difícil de desabastecimento.

**** *part_16 *perg_6 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

O que foi possível ser feito acho que a gente foi bem feliz em relação a reorganização estrutural da unidade. Mas a gente queria ter feito mais pra poder disponibilizar um espaço mais adequado. Porém não podíamos porque pela restrição estrutural mesmo da unidade de não ter janela, de serem muitas equipes. Nós somos quatorze equipes numa unidade que foi feita para onze equipes. Então às vezes faltava consultório pra quem queria atender um paciente que não era covid. As equipes tinham que ficar se reorganizando pra poder dividir os consultórios quem ia atender às vezes gente acabava ficando ocioso porque a equipe tinha que ceder o consultório pra outra. Muitas das vezes a gente queria transferir o atendimento para uma área externa da unidade. Mas também tínhamos o espaço tanto da entrada quanto a saída com a UPA e o CAPS. Muitas das vezes a gente não conseguia porque os pacientes ficavam todos misturados. Então acho que é a maior dificuldade que a gente teve pra reorganizar. O que a gente não conseguiu foi em relação ao espaço mais adequado mesmo.

**** *part_16 *perg_7 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Eu acho que depois que a gente enfrentou a pandemia, nesse período bem complicado que se encontrava, a atenção primária aqui no Rio, eu acho que a gente conseguiria enfrentar qualquer outro. Acho que aqui a gente tem a vantagem de ser muito unido, de ter profissionais que a maioria já estão aqui há muito tempo. Então é uma equipe que já trabalha junto há algum tempo de certa forma. Então é muito do tem que fazer, então vamos junto e aí a gente se uni mesmo pra comprar até a gente se proteger mesmo. Então acho que estaríamos prontos, vamos dizer assim.

**** *part_16 *perg_8 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Eu acho que para com os territórios de favela foi muito ruim. Eu acho que assim, a comunicação do Ministério da Saúde foi ruim com todos os territórios. Mas nessa transição de gestão municipal aqui no Rio em dois mil e vinte, a gente não tinha praticamente comunicação nenhuma com a Secretaria Municipal de Saúde. A Secretaria Estadual que ficava mais, a gente via mais a Secretaria Estadual no sentido de posicionamento. Da Secretaria Estadual daqui a pouco chegar para municipal decidir o que que a gente precisaria fazer. Em dois mil e vinte, a gente não tinha inclusive criou o painel aqui da unidade que acabou sendo visibilizado para outras unidades e até pro jornal local aqui. Que é o Voz das Comunidades, que traz essa questão democratização da informação pra favela, independente da pandemia. Mas na pandemia foi o principal, se não existisse isso não ia ter nenhum dado da favela, não ia chegar a nenhuma informação aqui. Então essas três esferas para as comunidades praticamente não existiu. O Voz fazia um painel de várias comunidades, de todas, praticamente, todas as favelas com a contabilização dos casos. E aí a gente precisou fazer aqui na Unidade d, porque a gente estava vendo que a gente tava pegando pacientes gravíssimos aqui. A gente começou a saber notícias de óbitos de pacientes nossos aqui e isso não aparecia em lugar nenhum. Era como se o Alemão não tivesse nenhuma casa. O painel que a Secretaria Municipal criou e aí a gente começou a monitorar os nossos casos que davam entrada aqui. A gente tinha uma planilha, a gente ficava monitorando sempre, ligando e tudo mais, fazia o telemonitoramento. E então a gente começou a alimentar essa planilha com a quantidade de óbitos e casos no complexo do alemão. Então se não fosse isso a gente não teria nenhum tipo de informação assim de dado epidemiológico pra gente ter noção do de como a pandemia estava atingindo a nossa população. E ano passado as coisas começaram a melhorar um pouquinho em relação a Secretaria Municipal com os dados principalmente também os dados da vacinação, mas também acho que não foi suficiente. Como necessário pra que a gente pudesse ter de fazer esse levantamento epidemiológico dos casos nos territórios de favela. Talvez seja porque as notificações, a gente chegou a se questionar porque muitas das vezes aqui complexo do alemão não entra como bairro. Falando daqui então muitas vezes os dados entravam com Inháúma, como o Bonsucesso, como Ramos que são os bairros aqui próximos. E a gente não conseguia essa comunicação com a secretaria. Então, mas mesmo alterando todas as notificações como o complexo do alemão é como se existiam dois casos aqui, muito pouco. E aí quem fez esses dados foi o Jornal Comunitário que faz essa democratização de informação para as favelas não só aqui outras favelas.

**** *part_16 *perg_9 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

A gente fazia praticamente por intermédio do Voz das Comunidades então a gente fazia. Eles nos convidavam, às vezes ia eu, às vezes ia uma outra médica daqui ou um outro médico. Já teve enfermeiro também e aí faziam lives trando dúvida dos moradores. A gente teve também algumas reuniões com algumas lideranças aqui da comunidade. Então a gente fez reunião com os presidentes da associação de moradores,

a gente fez reunião com os motocaristas, a gente fez reunião com tráfico, pra falar que a pandemia já tinha chegado aqui. Que as pessoas estavam morrendo e a gente precisava tomar algumas medidas para proteger todo mundo. Então a comunicação foi depois dessa reunião com os presidentes de associação. Começou a circular um carro de som também dentro da favela para poder fazer a divulgação. Usar máscara, higiene das mãos, o álcool, divulgar alguns números também e nessas reuniões. A gente apresentava o painel também. Tipo gente a situação é essa. A gente pode fazer juntos. Então foi meio que uma interlocução entre esses setores.

**** *part_16 *perg_10 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Então, assim, basicamente que eu me lembro não. Daqui da gente, da unidade, não teve. Mas tiveram dessas ONGs que trabalham por aqui, distribuição de álcool, água para as áreas em que estavam sem abastecimento de água, distribuição gratuita de máscara também, mas aqui enquanto unidade não.

**** *part_16 *perg_11 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Nunca pensei em passar na minha vida. Acho que quando a gente estuda história e tudo mais, a gente vê aquelas coisas que aconteciam e a gente não imagina. Mas a minha lição da pandemia foi mais a responsabilidade coletiva. Acho que se um não ajuda o outro a gente não chega em lugar nenhum. E eu acho que isso vai muito da proposta do nosso trabalho aqui enquanto atenção primária, de trabalhar em equipe e tudo mais. E essa união de forças, eu acho que se a gente viu muita clínica assim, passando muita dificuldade no sentido de ter vacância de profissional. E não conseguir se organizar e eu acho que se eu não tivesse aqui eu teria parado. Porque se eu não tivesse a cumplicidade dos meus colegas de trabalho pra enfrentar um momento que foi muito difícil para todo mundo. Fisicamente e psicologicamente eu acho que a gente não conseguiria ter se organizado e passado pelos momentos ruins aqui na clínica juntos. Então eu acho que esse sentimento de união, seja em qualquer esfera da sociedade que a gente esteja eu acho que é difícil seguir sozinho em qualquer sentido da vida. E foi o que mais me tocou assim dos espaços que eu estive dentro da pandemia. Principalmente vendo a galera, morador, voluntárias, se unindo pra poder ajudar. Teve muita gente aqui que passou fome mesmo, que não tinha como tomar banho. E sim, ficou um caos em relação as vulnerabilidades. Ficou tudo muito mais encanarado.

**** *part_16 *perg_12 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Teve as máscaras de pano. Tinha gente que tinha profissional, que vendia aqui na clínica. Teve muito profissional que fez pra muito profissional não, que tiveram muitos pacientes que entregavam pra gente aqui como doação pra gente distribuir. Às vezes o paciente vinha para ser atendido sem máscara, isso acontece muito. Entrar na clínica pra alguma coisa, sem máscara, apesar de todo o alarme. Então, a gente tinha máscaras de pano para distribuir aqui gratuitamente. E as pessoas da comunidade que às vezes vinham aqui vender. Teve também um menino aqui do alemão que ele criou face shield através de uma impressora três_d, e aí ele deu umas amostras pra gente,

umas doações para gente usar. Que me lembre foi basicamente isso a questão das máscaras e do face shield.

**** *part_16 *perg_13 *ida_1 *nova_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Eu acho que é essencial. Porque fico pensando muitas das vezes. Sim, a minha visão em relação a essas tecnologias sociais quando você estava falando são as mais artesanais. No sentido de serem muito mais adaptáveis ao ambiente, e eu acho que às vezes nos territórios de favela, onde o poder de compra é menor. Em relação as coisas que são, vamos dizer, com muito mais tecnologia ou muito mais desenvolvidas. Eu acho que pra eles ajuda muito. No dia a dia ou a própria capacidade de conseguir fazer com poucos recursos. Tipo, aquele filtro caseiro ou a própria máscara de pano. Tinha algumas que davam pra dobrar e você só precisava de um retalho, enfim. Eu acho que pra esse tipo de comunidade é essencial.

**** *part_17 *perg_1 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_1

Eu acho que a comunidade fica muito, muito exposta, fica muito vulnerável por conta do conjunto desses seis aspectos, dessas seis definições. Por conta da vulnerabilidade social que isso vai impactar em como a comunidade se organiza fisicamente no espaço, no território como isso falando fisicamente. Em relação que já entra mais em estrutural como você falou. As moradias sempre muito perto uma das outras, dentro da própria moradia pouco espaço entre a família. Não tem, muitas vezes, a gente atende paciente que não tem como se isolar dos outros moradores por conta do espaço físico. E acho que fica até difícil separar um do outro, acho que tá tudo muito interligado na questão social, financeira também. Acho que entra muito aí. Porque muitas vezes a gente atende o paciente que tinha o indicativo, tinha gente teria que afastar ele do trabalho. Mas por conta dessa vulnerabilidade do aspecto social ele não podia se afastar. Isso a gente acabava que difundia mais ainda a covid nesse aspecto. A comunidade era mais afetada porque não tinha como, não era muito possível todo mundo ser afastado no tempo que deveria ser, no aspecto que deveria ser. É claro que dentro da comunidade não tem o saneamento básico. A gente vê inclusive isso na contaminação da água. Às vezes quando tem contaminação da água. A gente recebe muitos pacientes com queixas de contaminação. Então, isso no aspecto da covid não também não vejo de uma forma diferente.

**** *part_17 *perg_2 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_1

Estrutural e não estrutural eu acho que é um aspecto um pouco mais difícil de atuar, de interferir. Porque isso mexe muito no aspecto social que não sei se a gente consegue atuar de maneira mais assertiva nesse aspecto. Já no aspecto de saúde, eu acho que a gente tem uma grande capacidade de atuação nesse aspecto. A gente conseguiu lidar da melhor forma possível com a não atendimento da comunidade nesse aspecto da covid. Atuando com espaço de atendimento só de área covid dentro da unidade, mas também em alguns momentos com falta de teste. Eu acho que essa resposta deixou um pouco a

desejar não ficou cem por cento do que a gente poderia dar, se tivesse toda a capacidade que a gente poderia ter.

**** *part_17 *perg_3 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_1

A associação de moradores de certa forma se organiza, conseguem responder. Mas eu não sei de que forma exatamente essa organização que eles têm.

**** *part_17 *perg_4 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_2

Atualmente eu acho que é dado bastante importância a atenção primária que a gente conseguiu ver inclusive no último pico da Omicron. Foi a montagem de vários polos de testagem pra desafogar a unidade básica de saúde então a gente vê uma atenção voltada assim pra unidade básica.

**** *part_17 *perg_5 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_2

Em março do ano passado como eu falei tinha uma área destinada só pra área covid. O atendimento covid que era isolado do resto do atendimento da unidade. A equipe era dividida, tinha a equipe que ficaria trabalhando um turno no covid. E a equipe trabalhava na área não covid e isso a gente reorganizava. De acordo com o que foi passando o tempo e o os números da covid foram diminuindo, de internação, de porcentagem de testes positivos, e isso foi reorganizado no final do ano passado. E essa área covid foi extinta. Com a omicron teve a montagem dos polos e aí a gente enquanto esse polo estava ativo a gente não fazia o atendimento gripal na unidade. Era encaminhado pro polo e a unidade ficou atendendo os outros casos.

**** *part_17 *perg_5_1 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_2

Depois que voltou a não ter mais o fluxo da área covid a gente pôde retomar com mais atenção todas as linhas de cuidado. Inclusive formação dos grupos que tinha sido extinta, a volta da academia da terceira idade. Então, a gente pode ter uma atenção maior para as áreas de saúde, para gente cuidar do que não eram relacionados à covid.

**** *part_17 *perg_5_2 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_2

A gente já mantinha o atendimento tanto em demanda quanto em agendamento os turnos eram diminuídos porque tinha que dividir o turno não covid com turno covid. Quando isso foi extinto a gente pode dar atenção total a essa a essa dinâmica de agendamento e demanda espontânea.

**** *part_17 *perg_5_3 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_2

Também não vi tanta diferença, eu acho que na época do que tinha área covid. Com essa divisão da área covid e não covid a gente acabava tendo os materiais também pros

atendimentos na covid. Esterilização pra procedimento e na área covid a gente tinha utilização de EPI então não vejo tanta diferença nesse aspecto não.

**** *part_17 *perg_6 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_2

Foi possível ser feito a melhor utilização do espaço. Que o que era utilizado somente pra área covid a gente pode estender. A gente até trocou observação clínica de lugar pra onde era área covid. Antigamente pra conseguiu abrir mais consultórios do lado de cá pra atendimento não covid. E o que não foi possível não vejo agora um item que tenha sido cogitado, mas que a gente não conseguiu por conta disso.

**** *part_17 *perg_7 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_2

Hoje comparativamente falando com o que eu vejo em outras unidades a gente está preparado, está bem preparado. Mas ainda assim acho que se como aqui a demanda é muito grande em todos os aspectos, tanto quando um sintoma mais respiratório quanto não. Isso às vezes fica um pouco mais complexo, que é muito atendimento em um dia só quando explode é muito é muito corrido. Mas ainda assim a gente consegue dar conta.

**** *part_17 *perg_8 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_3

É difícil falar de uma forma geral, porque o acesso à informação das pessoas é em níveis diferentes. A gente comparando a comunidade que a gente atua com um bairro da zona sul, por exemplo. O acesso então, mas no aspecto de rede social eu acho que seria mais que propaganda de TV, eu acho um aspecto que atinge mais pessoas, que consegue ter um alcance maior. E a gente via que muitos pacientes vinham informados pelo Instagram sobre vacinação, sobre a idade que era pra ser vacinado naquela época. As condições de uso de EPI, de máscara. Quando inclusive agora que foi liberado o uso de máscara no local público e privado. A Secretaria Municipal de Saúde eu vejo que que a informação corre de maneira mais rápida e mais assertiva. Já comparando com o ministério da saúde no âmbito federal fica difícil a gente falar de maneira mais clara sobre isso. Porque muitas vezes eles se omitam de certas informações e demoram um tempo pra uma resposta rápida. Eu via uma resposta mais rápida da Secretaria Municipal então quando chegava um parecer do Ministério da Saúde, que de certa forma chegava com um pouco mais de atraso que que a gente já tinha informações.

**** *part_17 *perg_9 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_3

Através de cartazes, informes pela unidade e também de grupos de WhatsApp dos agentes comunitárias de saúde que avisavam sobre vacina, sobre atendimento covid. Então acho que foi mais por esses dois meios principalmente.

**** *part_17 *perg_10 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_3

Sim. Acho que essa questão de isolamento, de atendimento dentro da clínica já é uma redução de risco de contágio para quem frequenta a unidade. E também ao entrar na clínica alguns pacientes não tinham o EPI necessário pra utilização. Então aqui a gente também distribuía a máscara e para fazer essa redução.

**** *part_17 *perg_11 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_3

Quanto mais rápido a gente age, mais rápido a gente tem a resposta. E agir de acordo com os pareceres técnicos, com quem entende do assunto. Com quem estudou pra isso com de estudos, de da ciência e velocidade nisso tudo.

**** *part_17 *perg_12 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_4

Eu acho que a divisão da clínica em atendimento em separar as áreas de atendimento pra evitar esse contágio. Mas que poderia ser usado em outros panoramas de pandemia ou epidemia que seja daqui pra frente. Não sei se consigo pensar em outra. E você sabe como que foi, quem fez tempo grosso. Eu cheguei aqui em março e sei que durou até novembro. Mas quando tinha sido implementado eu não sei. Então é o público alvo no caso sintomática respiratório. No caso não há também algum registro escrito sobre essa tecnologia social.

**** *part_17 *perg_13 *ida_1 *mira_1 *etni_3 *gen_2 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_1 *tema_4

Eu acho que é bem importante esse desenvolvimento dessas tecnologias, justamente pra gente já ter um aparato ali em mãos pra necessidade de usar novamente. Se caso necessite usar novamente um outro panorama, a gente já tem um aparato a ser usado e que tem um resultado efetivo ali na comunidade. A gente consegue ver um resultado positivo no enfrentamento da pandemia.

**** *part_18 *perg_1 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_1

A nossa comunidade passou por um processo de melhora sanitária há alguns anos. Então isso ajudou com que eles conseguissem enfrentar um pouco melhor a questão da pandemia. Mas a gente ainda tem muitas casas que ficam em becos muito próximas umas das outras. Algumas não tem nem janela, tem só a porta por onde a pessoa entra e sai. Então assim a estrutura como a comunidade cresceu enquanto as construções com certa favorece pra no caso da covid a transmissão. E outra questão é mesmo da classe econômica, as pessoas não conseguiram aqui não ir trabalhar. Então elas acabavam se submetendo a situações de maior risco. Como o transporte público às vezes e trabalhar. Muitos fazem trabalhos domésticos e iam trabalhar na casa de pessoas que estavam doentes e não suspendiam o trabalhador. Não impediam que eles fossem. Isso foi motivo de adoecimento pra muitos das pessoas que a gente atendeu aqui nesse período. E acho que o próprio entendimento das pessoas quanto a gravidade da pandemia. Assim, principalmente em dois mil e vinte que a gente reduziu muito a ida até a comunidade nas visitas domiciliares. Quando a gente ia pontualmente pra algum caso a gente via que lá parecia que não existia pandemia. Era todo mundo aglomerado na rua,

sem máscara, como se nada estivesse acontecendo. Poucas eram as pessoas que a gente via usando o equipamento de proteção. Que isso também contribuiu bastante. Acho que com relação a comunidade em si é isso. Em relação ao estabelecimento de saúde como essas questões vulneráveis de estrutural ou não estrutural. Aqui na clínica a gente teve alguns problemas assim. A começar pelo quantitativo de profissionais que em dois mil e vinte, a gente tinha um número muito menor de médicos e enfermeiros que a gente tem hoje. Porque aqui é uma unidade de residência. Tanto pra formação de médicos de família quanto pra enfermeiros de comunidade e em dois mil e vinte nós tínhamos menos profissionais dessas duas categorias. Então pra gente fazer a divisão dos profissionais entre os setores de atendimento de demanda geral, agendada, dos atendimentos de síndrome gripal ficou bastante sofrido assim. E pra uma equipe que já estava bastante cansada por conta de outras questões que aconteceram nos últimos anos. Um profissional que precisava estar na escala de atendimento de síndrome gripal muitas vezes na semana e que já estava esgotado, já estava esgotado. Isso com certeza foi marcante pra gente aqui na clínica. E com relação aos profissionais assim mais administrativos. A gente tem muitos agentes de saúde que são considerados do grupo de risco na época e ficaram afastados dois mil e vinte inteiro e parte de dois mil e vinte e um. Então acabava sobrecarregando ainda mais as pessoas que ficaram aqui de fato trabalhando. E as questões estruturais a gente não tinha uma sala totalmente dentro dos conformes pra atendimento de covid. Então a gente precisou se adequar numa sala que não tinha ar condicionado. A gente precisou posicionar um ventilador de forma que ventilhasse assim das costas do profissional pra fora, pra gente tentar minimizar os riscos. E assim não computador, às vezes não funcionava impressora então esses probleminhas do dia a dia que dificultam cada vez mais o trabalho.

**** *part_18 *perg_2 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Hoje com relação ao corpo técnico, a gente tá melhor. Temos mais profissionais, então isso melhorou bastante a questão do enfrentamento dessa catástrofe. Mas as questões mais estruturais, por exemplo, dependem muito mais de esferas acima de nós. Da cap, da prefeitura, enfim. E a gente ainda sofre muito com a estrutura da clínica que é muito precarizada. Então a luz cai, tem um buraco enorme se abrindo na lateral ali da clínica que está cedendo. Então a estrutura é muito pra além da gente. Às vezes falta um material, luva, papel, alguma coisa assim. A gente ainda se vira, tenta comprar pra não parar o serviço, mas a estrutura mesmo física da unidade e os insumos é extremamente necessário pra atendimento. Isso vai pra além da gente e às vezes a gente vê que é muito precário. Então isso ainda está muito difícil.

**** *part_18 *perg_3 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_1

A nossa comunidade não tem muitos líderes assim que sejam porta voz, e que estimule o autocuidado ou alguma coisa do gênero. Então a gente vê que as pessoas se cuidam muito pelo que elas acham que é correto. O que a gente mais vê na verdade é uma falta de cuidado com relação ao enfrentamento da pandemia. E eu digo pra você que, a não ser naquele comecinho em que trava todo mundo com muito medo do que não era conhecido, depois que o medo meio que afastou e outros problemas. O pessoal passando

fome, faltando comida, perdendo emprego, isso aconteceu muito aqui. Depois que isso começou a se tornar mais potente do que o medo do vírus aí mesmo que a gente não via muito, muito cuidado. Então é isso as pessoas precisaram escolher com o que elas se preocupavam e aí se expõem mais, ia para os trabalhos e enfim. E aí a gente percebia que o acesso aqui ao serviço de saúde ele continuou muito, muito grande para outras questões que não eram relacionadas a síndrome gripal, que não estavam relacionadas à pandemia. Então eu acho que as pessoas elas escolheram o que pra elas de fato era mais gritante. E ainda é nesse momento assim elas precisavam tocar a vida e tocaram a vida não se preocupando tanto com pandemia em si.

**** *part_18 *perg_4 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Sim. Por que acho que os serviços públicos ficaram mais preocupados com o tanto de pessoas que iam precisar de um atendimento a nível hospitalar, do que com a grande massa que de fato acessava a atenção primária. A gente vê principalmente pela organização. Ninguém se preocupou em abrir tendas de atendimento de sintomáticos gripais leves naquele momento inicial da pandemia. Mas foram abertos hospitais de campanha e alguns nem sequer funcionaram por mais de um mês. Os profissionais de nível hospitalar receberam um adicional de periculosidade do trabalho, de insalubridade. Os profissionais da atenção primária não. E é aqui que a gente recebia as pessoas, fazia teste, fazia o primeiro atendimento, chamava ambulância, quando necessário. Então foi dado uma atenção diferente sim.

**** *part_18 *perg_5 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Em um primeiro momento a gente fechou totalmente o acesso. Então a gente estava atendendo basicamente síndrome gripal e algumas linhas de cuidado. A gente precisou separar uma parte da clínica com algumas salas direcionadas para o atendimento de síndrome gripal leve, para casos que estavam mais complicados e que a gente fosse precisar pedir ambulância, e uma sala de testagem.

**** *part_18 *perg_5.1 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Então a gente manteve o acesso para gestante, pra tuberculose, HIV, puericultura até seis meses, e alguns casos de hipertensão e diabetes mais graves.

**** *part_18 *perg_5.2 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Então, reduziu muito o nosso atendimento de demandas programadas e de demanda espontânea. Então ainda mais assim, a gente atendia de fato quem estava mesmo em um caso de urgência ou emergência, até mais ou menos metade de dois mil e vinte e um. E depois a gente conseguiu se reorganizar. Hoje o serviço está funcionando normalmente, não tem mais nenhuma divisão. A gente precisou separar uma parte da clínica com algumas salas direcionadas para o atendimento de síndrome gripal leve, para casos que estavam mais complicados e que a gente fosse precisar pedir ambulância, e uma sala de testagem. E a gente se organizou em escalas para os profissionais para

não ficar sempre o mesmo profissional nessas funções. Mas hoje também essa área de resposta rápida já foi desfeita.

**** *part_18 *perg_5.3 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_2

No começo a gente não tinha mais, por exemplo, nas salas pra poder fazer um exame ginecológico. A gente precisava direcionar esses materiais pra área de equipe de resposta rápida, para evitar a contaminação dos profissionais. Em alguns momentos faltou material, em outros momentos veio material de qualidade inadequada, mas foi isso.

**** *part_18 *perg_6 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Do fluxo municipal, da gente ter uma área separada, ter as escalas, os profissionais responsáveis. A gente conseguiu se organizar de forma adequada. Não sei se a gente fez uso totalmente adequado. Eu acho que talvez a gente pudesse ter feito um uso mais racional desses equipamentos. E acho que assim, é dentro das possibilidades que a gente teve aqui na clínica, a gente conseguiu estabelecer bons fluxos.

**** *part_18 *perg_7 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_2

Eu acho que a gente aprende muito nas adversidades. Acho que hoje, se a gente precisar reorganizar a área de isolamento de equipe de resposta rápida a gente já sabe como fazer isso. A gente fez vários encontros técnicos assim para capacitação, para revisão dos fluxos, para atendimento por exemplo de emergências de parada. E eu acho que hoje se acontecesse de novo a gente tem uma equipe muito mais preparada com os fluxos na cabeça para o enfrentamento. Mas muito cansada.

**** *part_18 *perg_8 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Acho que essas vou chamar de entidades maiores: o estado, os municípios e a questão da esfera federal. Acho que as três tiveram uma resposta lenta. Assim pelo que a gente estava passando. E sem dúvida isso fez com que a contaminação fosse maior. E eu acho que às vezes a gente aqui enquanto profissional de saúde sentia que as informações chegavam muito fragmentadas. A organização dos processos de trabalho e também muitas opiniões. Ninguém conhecia nada da doença e todo mundo tinha uma opinião pra dar. Nem sempre uma opinião que nos auxiliava no combate ao problema. Acho que isso assim, a gente ter falas muito coesas e muito embasadas é muito importante para o combate de qualquer desastre que aconteça. Porque a gente precisa que a maioria das pessoas tenham ações assim parecidas em prol da comunidade. Para que todo mundo continue desenvolvendo seu trabalho e suas funções do dia a dia. Quando muita gente tem opinião e muitas ações distintas vai bagunçando os processos.

**** *part_18 *perg_9 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Agora com relação a gente enquanto profissional de saúde se comunicando com a nossa comunidade, eu achei muito difícil. Porque a gente tem poucos instrumentos aqui na nossa comunidade para isso. Tem uma rádio comunitária. A gente tem até uma relação com a liderança desse dispositivo, mas ele não é muito acessado assim pela comunidade. Não acho que a comunidade seja tão adepta de ouvir a rádio comunitária como pode ser em outras comunidades. A gente tentou também movimentar mais a página do Instagram aqui da nossa clínica para que população tivesse acesso ao que a gente tinha para orientar naquele momento.

**** *part_18 *perg_10 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Eu acho que não. O que a gente tentou fazer foi orientar que eles não precisariam vir aqui pra clínica sem um motivo mais urgente. Para tentar fazer com quem pudesse ficar em casa. A gente tentou reorganizar alguns fluxos de serviço para aquela pessoa que estava bem controlada na sua doença de base não precisar ficar aqui. Vindo renovar receita ou pegar medicação com muita frequência. Mas assim, acho que enquanto serviço de saúde, foi essa reorganização que a gente fez. Mas a gente não fez muito mais para além disso. É uma educação em saúde forte.

**** *part_18 *perg_11 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Acho que principalmente a importância ainda mais reforçada do trabalho em equipe. A gente viu que no começo algumas figuras centrais estavam mais à frente da reorganização dos processos de trabalho. Mas que essas pessoas foram ficando muito, muito sobrecarregadas. Então a gente delegar funções foi um aprendizado importante. E todo mundo fazer aquela função para qual foi direcionado. Acho que a principal delas assim foi a importância de cada elemento ali na equipe para os processos fluírem.

**** *part_18 *perg_12 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_4

A gente conseguiu se organizar aqui enquanto grupo de trabalhadores da clínica. E também com ajuda de outras pessoas de fora, para fazer uma espécie de vaquinha coletiva para arrecadar alimentos e distribuir na comunidade. Mas fora isso eu não me lembro de nada.

**** *part_18 *perg_13 *ida_1 *taub_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Eu acho que ia ser muito importante se a gente tivesse mais iniciativas aqui no nosso território assim. Sempre falei com os colegas de uma diferença muito grande que existem entre as comunidades do Rio de Janeiro. Se a gente for olhar aqui para o barbaque é totalmente diferente. E se a gente for olhar pra Rocinha e para o complexo, os equipamentos oferecidos, as ONGs que atuam nos territórios aqui eu não conheço nenhuma para ser bem sincera. E também acho que é um pouco pelo perfil da nossa população. Não sei se eles são tão engajados para pedir por essas mudanças e se engajar para que elas aconteçam. Então acho a gente tinha um espaço aqui na clínica de horta antes da pandemia. A gente plantava algumas plantas medicinais. A gente tinha alguns

moradores da comunidade que vinham ajudar no cuidado dessa horta. Então, acho que é retomar por exemplo essa ideia. Expandir ela pra comunidade seria muito legal! E outras iniciativas assim de grupo mesmo.

**** *part_19 *perg_1 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_1

Em relação a comunidade em si, a minha equipe é a equipe mais vulnerável que tem aqui da clínica. Então a equipe hoje se tem mais casos de sífilis, tuberculose. Porque são os becos mesmo do dandê. São pessoas que assim, que não tem muitas informações, não tem muito estudo um ou outro que acaba tendo. E em relação da pandemia, pela estrutura em si. São uma moradia a casa às vezes é composta de um cômodo só, que é um quarto, às vezes só um banheiro. São locais muito pequenininho por ser beco às vezes não tem ventilação naquela casa, não tem janela. Então isso contribuiu muito principalmente para essa questão de da parte respiratória. Mesmo assim depois da covid a gente ainda teve uma demanda muito grande. Porque como são locais muito fechados e muito úmidos acaba desenvolvendo doenças respiratória. Não necessariamente que seria covid, mas isso ainda demandou muito da clínica porque acabou tendo que fazer um setor para sintomático respiratório pra atendimento de covid separado. Todos esses pacientes acabavam indo pra lá apresentando pela norma técnica, acho que eram dois na época dois ou três sintomas respiratório, já era encaminhado pra lá.

**** *part_19 *perg_2 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_1

É meio complexo a pergunta, porque demanda de coisas que não depende do profissional de saúde, não depende da parte da clínica em si. É mais a questão da política sim. Uma mudança de uma forma muito grandiosa que a gente sabe que isso é uma coisa tipo viver numa ilusão, num mundo de fantasia. Mas assim o que a gente conseguiria agregar, que não conseguiu na época da pandemia foi tentar retomar os grupos pra orientação, que a gente consegue ter uma abordagem maior. Porque são mais pessoas que você vai tá falando a mesma coisa. Porque o trabalho de formiguinha de um em um, vim no consultório é muito mais trabalhoso pra gente, cansativo, estressante. E às vezes assim a informação se perde no meio do caminho porque ninguém passou adiante. E aí não dá continuidade. Então a questão principalmente eu acho que do grupo foi a questão que acho que prejudicou mais o andamento da atenção primária. A gente não conseguiu, a gente teve que parar com tudo. A estrutura da unidade é uma estrutura boa, ao meu ver. Porque é bem novo, técnico, o acesso dela é um acesso fácil, e a estrutura de normal de qualquer unidade.

**** *part_19 *perg_3 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_1

Que eu me lembro assim que aí seria relacionado a capacidade da comunidade de responder. Aí é uma opinião pessoal minha. A pandemia veio lá no início até estava conversando com o meu chefe. A pandemia, a gente estava num pensamento que a pandemia iria tipo mudar a visão das pessoas. Uma coisa tipo todo um pensamento positivo. Aquela coisa: tem que ter esperança. Então assim, veio para modificar, para gente tentar parar, olhar mais pra si. O que realmente importa, daquilo que não importa.

Algumas pessoas conseguiram realmente. Então tirar desse momento não ruim que a gente viveu conseguiram tirar a parte boa, a experiência boa de vivência tipo em casa. Longe da família, não consegui conversar com as pessoas, não tem aquela proximidade que a o brasileiro gosta, mas em contrapartida outras pessoas não conseguiram, que é a parte das pessoas que tipo ficaram mais egoísta, olharam mais pra si. E o que eu vejo muito hoje é isso, sabe a pessoa não vê que o colega do lado também está assim, está doente e acaba vendo só o próprio umbigo. E não tem muita ajuda. É um ou outro. Que eu consigo ver. Tem um caso de paciente, até uma paciente que ela já tá praticamente cega, ela era do território da gente da unidade. Ela morava lá no INPS, ela veio transferida pra cá, ela não conseguiu a fazer o tratamento lá. E aí quando chegou aqui ela já tava praticamente, quase com perda total da visão. Aí quando eu entrei na equipe que foi ano passado, a gente começou dar prosseguimento ao tratamento dela. Mas assim é um quadro que não consegue reverter. Então a paciente está praticamente cega, mora sozinha e tipo não tem ajuda de ninguém. Os familiares moram muito longe e ela não quer ela não aceita ajuda também e ela não quer morar com nenhum parente. Mas é uma paciente que ela sempre tá aqui com uma pessoa diferente, isso é benéfico pra ela, porque ela tá sempre acompanhada e tem sempre alguém que tá disposto a ajudar ela. Em contrapartida pra mim já é um pra equipe já é um coisa ruim, porque eu sempre tenho que tá falando a mesma coisa, porque sempre uma pessoa diferente que tá dentro do consultório. Mas tem esses casos, tem pessoas que conseguem se ajudar e tem pessoas que não conseguem se ajudar, mas é uma coisa muito particular, não é uma coisa global ali. Você não vê isso na equipe toda, entendeu. Funcionando da mesma forma.

**** *part_19 *perg_4 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Foi tudo meio caótico que eu nunca parei pra pensar dessa forma. Não consigo enxergar se foi dado. Acredito que foi dado mais atenção com certeza pelo fato de a complexidade do caso de pessoas terem que internarem, de ter que abrir mais leito de CTI. Mas aqui eu não tenho uma opinião formada falando que sim ou não. Não é mais assim na visão global. Acredito que sim. Pela questão de complexidade do que foi a doença. O paciente dava entrada aqui e acabava a gente fazendo só a mediação de transferência dele da unidade da atenção primária para o hospital. Eu acho que foi investido mais sim na atenção hospitalar mesmo.

**** *part_19 *perg_5 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Mudou muito. Cada era uma coisa que a gente tinha que trabalhar semanalmente. O fluxo não tinha uma determinação mais ou menos assim. Tinha o setor da covid. A questão de ficar algum responsável da equipe técnica de frente para ir fazendo a triagem dos pacientes que eram sintomáticos e os não sintomáticos respiratório. Mas algo engessado não foi feito porque cada semana era uma coisa diferente. Foi dançando conforme a música praticamente. Mas teve um fluxo sim. Essa questão de separar, de um profissional ficar lá na frente. Aí você tinha a escala de quem ficaria no covid, de quem não ficaria. Essa parte mais grossa do a gente fez sim. Foi feito. Aí as outras coisas foi ajustando conforme foi vindo a demanda.

**** *part_19 *perg_5.1 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_2

A gente permaneceu com as linhas de cuidado de tuberculose, HIV, criança até dois anos e gestante. Os outros casos doença crônica, hipertensão, diabetes, essas outras questões aí foram essas linhas de cuidado.

**** *part_19 *perg_5.2 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Isso aí é uma briga eterna aqui. A demanda daqui é de a galera falar que é a UPA clínica da família. Porque a gente tem uma defasagem da questão de não ter uma UPA adulto na ilha. A gente tem uma UPA pediátrica e é teoricamente a nossa referência. O hospital que atende, não atende e acaba encaminhando tudo pra cá. A demanda da gente é gigantesca por esse fato. Ao hospital por ser uma emergência de porta aberta acaba não absorvendo. E a gente tem que absorver esse paciente de alguma forma. Então assim, a demanda ainda após a essa trezuzinha da pandemia ainda está muito grande mesmo. Mas durante o início da pandemia tinha aumentado ou ficou praticamente a mesma coisa. O início da pandemia eu não vou saber te dizer porque eu já cheguei e já estava mais tempo de pandemia eu acho que assim mais ou menos pelo que o pessoal comentou pelo fato das pessoas estarem com medo, mesmo vindo o paciente que realmente precisava de atendimento. Como não conseguia ir em outro local acabava vindo pra cá. Aí porque aqui é muito próximo do acesso para eles é bem mais fácil. Tem paciente do meu território que ele não tem dinheiro pra passagem de ônibus. Então assim acaba sempre vindo pra cá.

**** *part_19 *perg_5.3 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_2

De medicações ficava separado, tinha a caixa que era do covid e a outra caixa. Teve reorganização sim.

**** *part_19 *perg_6 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Eu acho que o que a divisão principalmente do sintomático respiratório do não sintomático, que não foi feito fica um pouco embolado. Foi a questão como a gente pegou a parte ali de trás. Acabou que perdemos a sala de procedimento e acabou não perdendo a sala de curativo. Mas aí acabava se fazendo curativo junto com o atendimento de covid ali entendeu. Aí fazendo aqueles pacientes agendados, mas foi uma coisa que não tinha como modificar porque não tinha a estrutura pra colocar uma outra sala de covid. Porque a entrada do setor da covid já era direto pro estacionamento então seria o mais viável se fazer. Porque o paciente já fazia entrada por trás e não acessava a entrada da frente. Então, conseguia realmente separar. Os pacientes sintomáticos não sintomático. Mas essa logística ficou um pouco confusa. Principalmente posterior quando chegou a imunização porque precisavam de mais salas de PV pra separar por tipo cada de vacina. Que era um lobby diferente, enfim, essa parte realmente ficou muito confusa pra gente.

**** *part_19 *perg_7 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Eu acho que foi a primeira vez que aconteceu isso, depois de muito tempo. Então não é algo que circulava que todo mundo vai estar preparado. Mas é algo que acredito que todo mundo vai dar conta, vai bater cabeça no início e depois todo mundo vai conseguir sentar e organizar.

**** *part_19 *perg_8 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Complicado. Porque eu até parei de assistir televisão. Porque cada um fala uma coisa e aí você fica surtado. Não sei de te dizer isso não. Não sei. Eu acho que é meio difícil falar que foi eficaz. Porque a gente teve tanto o ministro da saúde que entrou e saiu. Mas se fosse pra seguir, talvez eu seguiria o ministro da saúde. Na verdade eu fui no governo anterior que foi da prefeitura eu não me lembro como que foi feito não sei. Acho que em questão de acho que foi por igual. Não tenho uma opinião formada sobre isso não.

**** *part_19 *perg_9 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_3

O que eu acho que foi um trabalho conjunto. Que é o que a gente fazia dentro do consultório automaticamente os agentes comunitários faziam no território. Acaba porque a maioria agora no território. Então quando eu ia pra casa conversava com conversava com outro. Foi como se fosse um bate papo, uma conversa. Mas assim, a gente conversava um pouco aqui, o outro ali. Acabou que no território a gente parou de fazer os ir pra domiciliar. Então, acho que nesse momento os ac ajudaram muito, entendeu.

**** *part_19 *perg_10 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Acho que não.

**** *part_19 *perg_11 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Não estava nem um pouco preparado. Ninguém nunca imaginava que isso iria acontecer. Mas teve alguma lição aprendida, com certeza. Porque você fala de uma forma geral é de uma forma uma pergunta pessoal minha. É como profissional, mas como profissional de saúde. Não, o aprendizado teve, não sei se é pra todo mundo.

**** *part_19 *perg_12 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_4

Ao que foi feito a questão da máscara de tecido que ajudou muito. Teve falta de do EPI. Alguém da comunidade fez. Acredito que sim. Que tenha alguém que tenha feito lá pra vender sim. Até pela questão financeira que muita gente perdeu suas empresas.

**** *part_19 *perg_13 *ida_2 *cuia_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1
*temp_2 *aps_1 *especi_2 *tema_4

Seria vantagem, porque tem baixo custo e é uma coisa que se for implementada aqui dentro, gera renda. Gera um meio que o dinheiro circula ali entendeu. A pessoa que faz vai ter que comprar o tecido entendeu. Ela vai ter que fazer não sei o que ela já vai ter uma produção maior. Vai conseguir já contratar uma outra pessoa, vai virar um microempreendedor.

**** *part_20 *perg_1 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1
*aps_1 *especi_2 *tema_1

A gente tinha uma estrutura até para receber, só que a gente não estava esperando uma quantidade tão grande. Acho que ninguém nessa pandemia estava esperando, estava preparado na verdade, para receber uma quantidade tão grande de usuários. E assim a gente tem uns usuários que já são pessoas que já tem uma demanda muito reprimida, de muito tempo sem serviço. E por ausência de médicos, por ausência de serviço mesmo de não conseguir absorver todos eles. Então fica uma demanda reprimida de serviço de muitos hipertensos, diabéticos. Com essa pandemia ficaram ainda mais deprimidos porque não tinham como ter acesso. Porque como já era um grupo de risco a maioria ficou com medo e parou de vir realmente. Então eu acho que a vulnerabilidade maior foi em relação a gente não ter estrutura mesmo pra poder estar dando pra absorver todos eles. Desde que a gente gostaria. Então acho que foi bem difícil essa questão da quantidade. Já população já bem carente mesmo. A população que a gente pega aqui do Morro do Dendê. A maior parte já é carente. Em relação aos recursos humanos, a gente não tinha quantidade de profissional suficiente pra quantidade que teve de pessoas. A gente em relação a sala, começou a dar problema de ar condicionado. Eles tiveram que limitar o número depois a gente teve a própria vulnerabilidade da população que realmente chegava aqui não só com covid, mas com outros problemas de saúde, também pela ausência do acompanhamento médico.

**** *part_20 *perg_2 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1
*aps_1 *especi_2 *tema_1

É claro que por conta da pandemia, para gente ter ficado dois anos sem fazer, prejudicou. Então eles estão ainda engatinhando nessa questão de estar voltando ao normal. De estar trazendo os pacientes, de voltar ao cuidado das linhas de cuidado, mesmo da atenção primária. Mas na época da pandemia a gente não tinha estrutura. Na verdade eu acho que nenhuma unidade tinha estrutura, tinha uma capacidade de responder a uma vulnerabilidade social, ambiental. A gente tentou muito, a gente tentou na medida do possível fazer o que a gente podia. Acho que a gente fez até mais do que a gente sabe. Porque aí juntou todo mundo, o pessoal da saúde bucal vinha pra ajudar, pra organizar fila, tinha enfermeiro, os ACS todo mundo se juntou pra tentar ajudar. Mas na verdade eu acho que foi bem difícil, eu não consigo dizer assim com certeza se a gente teria conseguido sabe.

**** *part_20 *perg_3 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1
*aps_1 *especi_2 *tema_1

É então eles buscam a gente eles têm a gente da atenção primária como resposta pra todas as vulnerabilidades que você citou. Porque eles não têm aqui o acesso a um hospital secundário de emergência que pudesse estar atendendo os. Eles não têm

acesso às vezes a outro meio de saúde, e então a gente aqui funciona como tudo pra eles. A resposta pra tudo. Inclusive pra os casos de urgência que não deveriam estar sendo atendidos aqui que eles acabam aparecendo aqui pra gente também.

**** *part_20 *perg_4 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1
*aps_1 *especi_2 *tema_2

Sim, eu acho que sim. A gente perdeu um pouco o foco da nossa função como prevenção. Porque a gente não tinha como. O paciente estava chegando aqui a gente tinha que resolver. A gente tinha que fazer alguma coisa. Então já acabou atendendo realmente de forma emergencial e focando muito mais nos sintomáticos respiratórios, que vinham do que os próprios pacientes da atenção primária. A gente tinha que limitar o número de acesso do pessoal que estava bem, até pra eles não se contaminarem. E não aumentar esse número. A gente também não tinha pessoal suficiente pra atender todo mundo. Foram dias tenebrosos, dias bem difíceis.

**** *part_20 *perg_5 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1
*aps_1 *especi_2 *tema_2

Os fluxos ficaram assim bem confusos mesmo, porque a gente cada semana tinha que alterar. A gente ia mudando de acordo como estava acontecendo a resposta. Então a quando a pandemia aliviava um pouquinho a gente voltava a dar um pouquinho mais atenção. Daqui a pouco a gente tem que recuar de novo. Então era a gente ficava de acordo com o que acontecia no cenário pra estar mudando os nossos fluxos. A gente em nenhum momento deixou de fazer atendimento dos nossos usuários. Tentamos manter as linhas de cuidado. A gente sempre fazia, mas infelizmente como o número de sintomáticos respiratórios era muito maior então o foco acabava sendo eles. A gente chegou a fazer um fluxo só para o covid. A gente tinha turmas de covid então tinha momentos que eu não atendia pra minha equipe porque eu estava no covid atendendo sintomático respiratório.

**** *part_20 *perg_5.1 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

É, na verdade não uma reorganização. Mas a gente teve uma reorganização dentro das equipes, de turnos de atendimento. A minha equipe teve que se organizar. Quando eu estava no turno de covid pro enfermeiro dar conta do pessoal que chegava para as linhas de cuidado. A gente não parou as linhas de cuidado, mas a gente ficou um pouco mais focado no sintomático respiratório. A gente tinha que que estar respondendo. O paciente chegava aqui e eles não tinham pra outro lugar pra ir.

**** *part_20 *perg_5.2 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1
*temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Então, a gente manteve as demandas. As demandas programadas do pessoal da linha de cuidado, gestante, os idosos, hipertensos e diabéticos insulino-dependente. E as demandas que vinham de forma espontânea tentava limitar, pra gente até pra poder segurar o pessoal que estava vindo do covid. Depois com esse surto de gripe também, onde a gente achou que é respirado covid a gente passou umas duas semanas pós-ano

novo bem difíceis que a gente achou que estava voltando tudo de novo a gente ficou bem desesperado.

**** *part_20 *perg_53 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Sim. Porque a gente começou a receber EPI que a gente antes não costumava usar. Então foi a nós, o próprio capote que a gente tem que estar se preocupando de estar trocando e tudo. Depois teve outra questão de estar recebendo, mas não sei a qualidade do material, o capote daquele fininho. A máscara não era sempre que a gente podia trocar. A gente ficava com uma mesma máscara por uma semana. Para poder estar trocando, você tinha que ir lá assinar como se fosse trocar sua máscara.

**** *part_20 *perg_6 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Eu acho que é promoção em saúde. A gente não conseguiu fazer mais os nossos grupos. Os bebês ficaram prejudicados, a gente não conseguiu acompanhar alguns acamados, muito assim de pertinho como a gente costumava fazer. A gente se limitou muito aos atendimentos no consultório mesmo. É muito importante a atenção primária que essa parte de promoção mesmo de saúde. De você estar falando e aquela pessoa que você está falando está passando pra outras pessoas aquelas informações isso ficou um pouquinho para de fora nessa época

**** *part_20 *perg_7 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_2

Eu acho que a gente não está preparado que a gente passou por um momento bem complicado e conseguiu passar bem por esse momento. Mas eu acredito que a gente não tinha um plano de que se voltar vai ter que se reorganizar de acordo com o cenário que acontecer. A gente não tem um plano B. É feito de acordo com as próprias ausências dos médicos mesmo. A gente está numa unidade que que não está completa o corpo médico agora está chegando. Mal chegaram os enfermeiros que também não estava completo. Acho que isso atrapalha também um pouquinho. A gente tem que fazer as escalas às vezes de acordo com o que está acontecendo naquele momento.

**** *part_20 *perg_8 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Eu acho até que eles fizeram um trabalho de casa direitinho. Em relação a informação, eu vejo isso até mesmo pela minha unidade. A gente conseguiu passar pro usuário, a gente tem um canal da nossa da nossa unidade nas redes sociais que a gente passa informações sobre vacina, sobre prevenção, não só em relação ao covid, mas a outras doenças também. E a gente está vendo muito isso. A gente recebeu muita coisa do Ministério da Saúde, muita informação. Eles ajudaram a gente muito em relação a gente a passar tudo que eles estavam aprendendo pra gente tentar aprender junto e tentar resolver a situação.

**** *part_20 *perg_9 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Então, a gente usou muitas redes sociais. Aqui a gente usa as redes sociais, eles já se caçam muito. Os próprios agentes comunitários também serviram meio que como um canal para estar passando as informações, tudo direitinho. Já que o acesso ficou mais restrito à unidade.

**** *part_20 *perg_10 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_3

A gente chegou a conversar bastante sobre isso, mas não teve de fato assim nada real. Ainda não é concreto agora que acho que a gente está voltando com essa questão dos grupos essas coisas todas. A gente vai começar a colocar as coisas que foram planejadas em dia agora.

**** *part_20 *perg_11 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_3

Eu acho que que é aquele velho ditado: um homem prevenido vale por dois! Então a gente aprendeu, pelo menos eu aprendi e levo como lição da pandemia que a gente deve estar sempre atualizado, sempre estudando. E a parceria. Porque os colegas tem que estar sempre perto ali para dar um suporte porque foi difícil não só pelo trabalho. Pelo cansaço diário mesmo, da rotina que era exaustiva. Mas também aquele cansaço de você ver paciente chegar na atenção primária e você ter que mandar o paciente embora de ambulância saturando oitenta e cinco. Você sabia que o paciente talvez não fosse voltar. Então foi doído, mas assim a lição que ficou é que a gente consegue. Se a gente se organizar, se planejar, a gente consegue resolver. Porque eu acho que a gente tem profissionais capazes, a gente tem tudo pra fazer direitinho. A gente só precisa tentar ajustar as coisas, tentar principalmente prevenir eles. Conseguiram prevenir a gente consegue, se programar melhor para que não exista. Mas existiu novas pandemias e para que a gente consiga ter aprendizado pelo menos isso com essa.

**** *part_20 *perg_12 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_4

Sim, a gente teve que usar. Aprendemos a fazer espaçador para as pessoas. Não sei se eles têm mas fizemos. Outra coisa que ela fez que eu achei muito legal, é porque tinha o a gente tinha um só salbutamol, e a gente tinha que dividir para outros paciente. Então uma técnica de enfermagem cortou a luva, o dedinho da luva e vestiu para que a parte que o paciente colocasse a boca. E ficasse com uma luva descartável para que você pudesse tirar, jogar fora e colocar outra pra outro paciente. Olha que sacada que ela teve! Que legal! Nossa! Então assim, nesse momento assim de crise a gente se reinventou em muitas coisas em relação a isso.

**** *part_20 *perg_13 *ida_3 *rio_1 *etni_2 *gen_1 *ubs_c *ubs_2 *med_1 *temp_1 *aps_1 *especi_2 *tema_4

Eu acho que a gente não está preparado. Como eu havia falado para você, eu acho que é fundamental que a gente tenha esse tipo de iniciativa tanto do governo quanto das clínicas mesmo, da atenção primária. Porque eu acho que os pacientes acabam esquecendo depois que passa o tumulto, que passa a crise, tudo vira o ba, vira festa. E eu acho que eles não têm essa ideia de que a gente pode passar por isso ou por outra

coisa parecida, ou até pior. Então eu acho que é importante sim a gente não deixar isso passar. É estar relembando ver o que a gente aprendeu e o que a gente pode fazer para não passar de novo o que nós tivemos que passar. Que se passa mais suave.

**** *part_21 *perg_1 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Primeiro eu acho que tem uma questão social. É fundamental isso. Porque não acho que necessariamente só uma coisa. Mais de âmbito geral mesmo. Mas vivendo no micro aqui é o que a gente presencia é que a galera a educação em saúde não é feita corretamente e as pessoas também não empregam o que a gente faz em educação em saúde para eles. Então assim que é uma questão muito social, cultural da população que é não ter para fazer o uso. Não fez o uso correto de máscara, a questão do próprio conhecimento. Tem questões também políticas envolvidas, pessoas que não concordam com vacina, enfim isso ajudou na disseminação. A questão financeira também, que são pessoas mais vulneráveis, com menos acesso à informação. Tem questões estruturais e também não estruturais que quer que passam ali. Porque são casas que às vezes moram várias pessoas no mesmo cômodo. Assim a estrutura da adaptação. Enfim, e também tem a questão social de morar várias pessoas do mesmo cômodo então às vezes é difícil fazer aquela questão do isolamento que a gente recomenda. Então assim, isso tudo contribuiu pra a disseminação do covid na comunidade. É diferente a gente ver também, tem uma questão do início. Se inicialmente a nossa comunidade a gente tinha uma galera do movimento que estava assustada com o que estava acontecendo. Então eles estavam pedindo pra galera ter uma consciência maior e tal que ainda foi o único momento que a gente teve um apoio deles. Mas depois foi banalizado isso. A gente acabou vendo que a galera botava a máscara pra entrar na clínica. Ou que chegava aqui pedis uma máscara pra colocar. A vulnerabilidade ambiental, eu acho que é mais uma questão de propiamente de higiene. Acho que é difícil a gente chegar e falar pra algumas famílias que você precisa higienizar o ambiente e leve por exemplo tinha uma família que é extremamente vulnerável e que a mãe ficava desesperada porque ela não tinha condições de manter essa questão da higienização e tal, enfim. É comprar os produtos de limpeza para estar sempre limpando. Não é uma realidade da família. Então assim, tem essa questão. Isso são coisas da comunidade. É esgoto a céu aberto, lixo, tudo isso que provoca outras doenças também, e que a própria população já está acostumada a viver nesse ambiente. Infelizmente está acostumado a viver nesse ambiente então acaba que quando a gente chega do nada e fala pra certas famílias de que aí agora tudo mudou e vamos ter que mudar. Para eles é complicado a gente orientar para eles uma coisa que é muito fora da realidade dele. E isso acaba que é um fator que corrobora também para pra disposição também do vírus, essa questão da higienização.

**** *part_21 *perg_2 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_1

Tem muita coisa que elas são relacionadas a fatores externos que a gente chama, que a gente não tem como. Por exemplo, questões estruturais, assim, a gente não tem governabilidade com relação a isso. A gente tem como tentar chamar de repente como que se diz, as instituições de fora para tentar ajudar. Mas é algo que não é tão palpável

assim. Agora a questão propriamente da educação em saúde que eu acho que é o mais importante nesse. Que é o papel da atenção básica, das equipes aqui. Que é orientar a população que a o que a gente fazia sempre, quando vinha os grupos. Quando a gente sempre falava em educação em saúde é algo que a gente precisa colocar também em voga. Aí essa questão da higienização das mãos só pra covid, mas o quanto isso ficou importante. Então pra isso não se perder e sempre quando tinha alguma questão com algum paciente que a gente podia, tinha esse espaço pra gente falar sobre isso. A gente também falava. Então acho que é mais relacionado a essa educação em saúde, tentar adequar a realidade de uma família, alguma situação pra evitar a disseminação. A gente também fazia de uma pessoa que está assintomática. São quantas pessoas na casa. Então para evitar a disseminação na comunidade então todo mundo vai ficar em casa isolado. A gente sabe que é difícil isolar uma pessoa num cômodo. Você que só tem a casa com um cômodo às vezes. Então tem que ter essa sensibilidade. Acho assim em relação a esses aspectos que eu falei acho que o que a gente menos conseguiria mexer nessas questões estruturais mesmo a meu ver assim.

**** *part_21 *perg_3 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_1

Foi o que eu falei. A população banalizou. Então acaba que a gente tem uma associação de moradores que inclusive não dava o exemplo. Não chamava a galera pra junto pra fazer essa educação junto com a gente. De olho gente, vamos fazer o distanciamento social, uso de máscara, higienização das mãos, enfim. Então a gente ficou lutando sozinho. Acabou que a gente não conseguiu despertar na população para isso. Eu acho que foi uma realidade nas comunidades de uma forma geral. Assim, é uma minoria que ficava usando máscara, se preocupava, vinha de máscara para assistir se pudesse vir todo numa bolha vinha. Eu achei uma galera que é só um resfriado, não é nada, eu já peguei. Então assim, banalizou muito essa questão. Então acabou que a gente ficou frustrado. Uma coisa que aí muito importante é que os profissionais ficaram frustrados. Tentamos incansavelmente orientar a população, só que a gente cansou de ficar pedindo para as outras pessoas usarem máscara, ainda mais pra dentro da unidade de saúde entendeu. Então tem esses aspectos também.

**** *part_21 *perg_4 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Na verdade, acho que não. Assim eu acho que a questão foi: eles abriram acesso a população pra qualquer lugar que eles pudessem ser atendidos. Inclusive foi um movimento muito assim. A gente tinha um auto movimento no hospital e que eles redirecionavam muito pra gente quando não eram casos graves. Eles direcionavam pra gente. Então eu acho que não foi voltado ao ambiente hospitalar não, acho que foi na verdade bem amplo assim.

**** *part_21 *perg_5 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Então a gente montou uma equipe de resposta pra gente vai fazer o atendimento desses pacientes com sintomas gripais. Praticamente deixamos de fazer várias atividades que a gente tinha e montou uma escala entre os profissionais aqui onde a

gente tinha um médico e o enfermeiro, dois médicos. A gente ia alternando, atendendo direto nesse local. E as pacientes vinham, eram direcionadas entrando pela lateral da clínica, para não ter contato com os outros pacientes. Uma área da clínica pra fazer todo esse processo. Isolou a observação clínica para que chegasse pacientes graves e que precisasse. Colocamos alguns pacientes nos dois. Ficou nessa configuração por um bom tempo. Até que depois a gente conseguiu voltar.

**** *part_21 *perg_5.1 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Então na verdade a gente foi fazendo o que deu. A gente ficou voltado pra covid, respirou covid e foi só covid. Então a gente eu estou priorizar por exemplo crianças. Foi o que a gente mais teve essa mudança. Crianças até um ano mais ou menos a gente priorizou e continua mantendo as consultas as consultas gestante a gente continua agendando, pacientes com tuberculose. Agora o que ficou perdido foi hipertensão, diabético. A gente via fazia uma triagem lá da frente, via que chegava um hipertenso, diabético querendo renovação de receita a gente olhava no site do laboratório, para ver resultado de exame, não tinha, já entregava com pedido de exame junto e renovação de receita e liberava. E aí a gente tentava manter o controle, mas a gente teve um prejuízo grande no cuidado de hipertenso e diabético. Tanto que a gente recebeu a planilha depois de glicada com todos os nossos diabéticos totalmente descompensados então depois a gente teve que correr atrás do prejuízo.

**** *part_21 *perg_5.2 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Sim. Dando ênfase a espontânea. Sim, a gente organizou uma triagem lá na frente do acolhimento onde a gente priorizou os atendimentos mais urgentes. Porque a gente estava vendo que está vindo muito caso covid e pra gente conseguir manter os atendimentos de linhas de cuidado. A gente tinha alguns casos que, por exemplo eu quero coletar um preventivo, a gente segurou um pouco. Porque dá pra gente esperar três meses, quatro meses pra ver como é que vai ficar esses cenários. E você volta aqui pra gente marcar o preventivo. Certas demandas a gente pediu pra segurar um pouco. Enfim os pacientes entenderam outros não. Então, o que gerou também bastante estresse pra os funcionários e a gente foi se organizando nesse sentido teve que realmente se restringir um pouquinho.

**** *part_21 *perg_5.3 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Olha o que a gente pensa mais é a questão do próprio uso de proteção individual. Que a gente tinha que ter esse cuidado. Então assim, máscara, luva e álcool foram essas três coisas que a gente mais ficou tendo que redirecionar pra alguns setores. Além de capote, luva, isso a gente tem no setor. Tivemos que deixar redirecionado, deixava isso mais nos consultórios. Às vezes, como tinha pouco e estava muitas vezes contado, a gente tinha que ter pra equipe de resposta rápida. Então teve que redirecionar mais coisas pra aquele setor. E obviamente o que a gente mais ficou preocupado era o próprio uso da máscara mesmo.

**** *part_21 *perg_6 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

Não foi possível a primeiro foi a gente tentar manter o mínimo de vigilância dos nossos hipertensos e diabéticos isso não deu. A gente tentou fazer dessa forma de vendo exames, os últimos exames e tal. Porque é isso. Quem estivesse com a glicada muito bizarra entrava, obviamente. Então a gente fazia isso. Mas não teve jeito, acabou passando isso, a fugir do nosso controle. Acho que também há coisas que que fugiram um pouco do nosso controle. Eram alguns pacientes que mentiam os sintomas para passar aqui dentro. Também que fugiu do nosso fluxo e a gente descobriu. Eu estou com sintoma aí estava com covid na área que não podia estar. O uso da máscara que a gente também ficava brigando com os próprios funcionários da unidade para ficar usando a máscara. Teve uma época aqui que várias pessoas se contaminaram. Que foi no ano novo, enfim. Que várias pessoas contaminaram porque aí: opa, feliz ano novo! Aí já não ficava na sala delas sem máscara. Então eu acho que é mais isso sim essas coisas que saíram mais do nosso controle.

**** *part_21 *perg_7 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_2

A gente espera que não, porque a gente está bem cansado. Mas eu acho que a gente está. Com tudo que aconteceu a gente já está preparado. É engraçado porque a gente já se prepara pra pior agora. Vai vir uma nova onda, está tendo aumento no número de casos na Europa. A gente já fica atento aqui e aí a gente já se prepara hoje. Estamos atendendo, já reorganizou nosso fluxo. Eles ainda não estão sendo atendidos diretamente assim no consultório de cara. Eles vão, testam antes, e depois vão pro consultório pra gente já saber quem está positivo ou não. Acho que voltando assim aumentando o número de casos a gente já tem em mente de como organizar nossa área, nossa equipe de resposta rápida. Quem são os profissionais, como é que a gente vai fazer o distanciamento. Então isso pela experiência que a gente teve, a gente já está como se isso já tivesse de modular. Então já está com isso já pré planejado pra se for necessário a gente aplicar.

**** *part_21 *perg_8 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *ape_2 *especi_1 *tema_3

Eu não vejo isso. Acho que todas essas ações via clínica da família com ações. Eu acho que assim, eu quero ofertar por exemplo um atendimento pra todo mundo que tem algum sintoma gripal. Todas as clínicas vão ter teste para a realização. Eu preciso disso. Aumentou o número de casos, vou criar um polo pra ter atendimento dessa população geral pra testagem, liberação de atestado. Então assim, eu vejo muito a mão do estado, do município via nós da atenção primária. Quem estava no polo, está na Clínica da Família é a gente. Eu não vejo algo assim no meu ver, não. Vejo algo diretamente. Eu acho que a gente faz isso mais diretamente. Por exemplo, na época da variante omicron que a gente tava tendo essas ondas e aumento do número de mortes, tava aquela situação horrível. A gente apelou pra associação e tem uma rádio na comunidade, rádios comunitárias pra ficar passando: usem máscara, higienizem a mão, não sei o que distanciamento social, se tiver algum sintoma procurem a clínica da família algum sintoma de gravidade. Uma médica nossa gravou um áudio e

mandou pra rádio comunitária para orientar essa população. Para fazer educação a gente vai também nas mídias sociais. Uma coisa que eu lembrei agora, as mídias da secretaria que são bem ativas, falando, orientando propriamente dito a vacinação, que foi algo também amplamente via atenção primária. Então assim, mas é isso, são ações que a secretaria fez pra tentar controlar e frear esse processo. Mas não foi uma ação diretamente da comunidade, mas foi para a comunidade. Pra diminuir a transmissão, diminuir tudo isso.

**** *part_21 *perg_9 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Via a associação. A gente usou esses espaços pra conscientizar e fazer educação em saúde que eles não estavam conseguindo fazer grupo. E não tinha como fazer uma triagem, então a gente precisou desses espaços pra fazer essa comunicação. E aí chamou mais essa galera que é ativa que é articulada do território pra conscientizar o restante da população.

**** *part_21 *perg_10 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Foi o que eu falei, a gente tentou, mas foi algo que não tivemos sucesso. Que isso a princípio o que a gente fez ativamente no território foi que eu entendo como diminuir riscos. E diminuir transmissão que foi a propriamente a partir da vacinação. Já que a gente não conseguiu conscientizar a população, a gente foi vacinar acamado, foi vacinar no degase, vacinar no abrigo. Onde as pessoas são extremamente vulneráveis. Tiveram algumas situações que a gente também teve que avaliar de vacinar no território então assim a gente conseguiu ofertar isso pra comunidade.

**** *part_21 *perg_11 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_3

Acho que que é isso. A importância dessa atenção primária. A gente já sabia. Mas qual é a importância dela. Porque a gente desempenhou num papel muito importante, de evitar uma sobrecarga nos hospitais. E aí Conseguimos ver que a gente consegue evitar a sobrecarga em hospitais de pacientes.

**** *part_21 *perg_12 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Não que eu lembre.

**** *part_21 *perg_13 *ida_2 *rio_1 *etni_3 *gen_1 *ubs_b *ubs_2 *med_1 *temp_2 *aps_2 *especi_1 *tema_4

Eu penso em fatores externos, primeiro estrutural, que eu acho que é importante. Ter condições de moradia ideais, com saneamento para gente conseguir orientar a população de olha tem que lavar a mão. Mas como é que eu vou pedir pra alguém lavar a mão se não na casa dela tem essa condição. Então o que eu acho que mais seria isso, que é a questão estrutural. Porque assim, a social precisa de uma educação incessante. Mas para a tecnologia social eu acho que precisaria desses incentivos em questões de

saneamento, de habitação, de estrutura da comunidade. Deveria ser mais voltado a isso mesmo.

**** *part_22 *perg_1 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

De estrutura da comunidade eu acho que é mais voltado a isso mesmo. Tipo de moradia, as moradias são pequenas. Às vezes mal ventiladas onde moram uma família com sete, oito pessoas. Uma casa com um cômodo só. As casas são muito próximas, os becos são apertados a gente está falando da covid. Então quando você tem uma doença que ela é de fácil transmissão pelo contato, o fato de se morar numa comunidade no Rio de Janeiro torna a população muito vulnerável. E é lógico pelas questões sociais também. Juntando que foram agravadas pela pandemia então.

**** *part_22 *perg_2 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Acho que assim a unidade d pela característica de ser uma unidade escola, e que no início da pandemia ela não estava nem com a equipe tão completa, mas havia um número bom de profissionais. A gente teve uma boa resposta pra população. Isso pensando no pessoal. A questão estrutural naquela época era um problema grande pela questão do saneamento que a estrutura passou nos anos anteriores a pandemia. A gente tinha esse problema ainda tem. Na entrada, do estacionamento, do chão nesse momento não está afundando. Mas de vez em quando agora começando a chover ele vai começar a afundar de novo. A gente tinha problema com banheiro, tinha poucos banheiros funcionando da unidade, e foi uma coisa que melhorou recentemente. E pela estrutura do Unidade d em si, tínhamos um problema de não termos uma área de boa ventilação, onde o ar pudesse correr, porque a gente não tem janela. A gente tinha, tem a porta lá em cima e a porta aqui embaixo. Você não tem nem duas portas no mesmo andar. Então isso era um problema por ser uma doença respiratória. O segundo problema era que na época a gente tinha problema com ar condicionado, várias salas sem ar condicionado. Salas onde a gente atendia covid, espaços onde a gente testava covid sem ar condicionado, sem climatização adequada. Sobre a questão material não entra. É mais a estrutural mesmo mas pela capacidade de RH que a gente tinha, a resposta a população foi boa, entendeu? Conseguimos adequar e mudar os fluxos rápido. Os fluxos que não respondiam bem pra poder atender a população na situação da pandemia era a resposta social. Assim, a gente chegou a articular junto com alguns movimentos que que apareceram junto com ONGs algumas questões de cesta básica, de doações, esse tipo de coisa. Mas era o que estava dentro de coisa que a gente fazia, que era o acompanhamento do bolsa família. Acabou que foi reduzido sem impacto direto para população. Porque não tinha o porque ficar vindo se a ideia era fazer isolamento. Mas é isso.

**** *part_22 *perg_3 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_1

Assim, a gente viu durante a pandemia que algumas organizações dentro da comunidade, algumas pessoas, dentro da comunidade se organizaram para questão do social. A questão estrutural dentro da comunidade não tinha muito como mudar. Havia

em alguns casos, principalmente de pessoas que tinham famílias próximas, de se você pensar numa questão estrutural mesmo sendo uma casa mais apertada. Às vezes você conseguir isolar porque tinha uma outra casa maior, e aí quem nãotava doente ia pra casa mas eu acho que a resposta em si pelas condições impostas é pequena. Essa capacidade de mobilização, entendeu? Por mais que você tenha agente de saúde dentro da comunidade que ajudam mais na questão do social, da alimentação. Mas a questão estrutural de espaço não tem muito o que ser feito.

**** *part_22 *perg_4 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

O meu sentimento aqui foi que não. Assim, tá! Talvez em recursos sim. Sim, eu acho que os recursos ficaram mais votados pra atenção hospitalar. No início da pandemia a gente teve. Eu não sei nem se foi só no início. Mas no início da pandemia a gente de fato teve problemas com material.

**** *part_22 *perg_5 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Fugiu o nome agora mas enfim não oxímetro também mas de material pra colocar o paciente no oxigênio falta de cateter! A gente teve que se articular. Os próprios profissionais pra conseguir algumas coisas que estavam em falta. De álcool em gel, falta de sabonete. Então a gente conseguiu fazer bem. Até porque acredito pelo a quantidade de pessoal que a gente tinha. Conseguimos nos articular melhor.

**** *part_22 *perg_5.1 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Elas acabaram ficando um pouco de lado, até pelo fato de você não poder ter o trânsito do paciente indo e voltando pra unidade. A gente se organizou pra fazer de alguma forma, até porque isso não era possível no início da pandemia. Com o tempo a própria secretaria disponibilizou alguns aparelhos celulares para as equipes. Que também não tiveram funcionamento constante. Eles funcionavam tempo, depois voltavam a não usar. Então, além de algumas pessoas que usavam o próprio celular para fazer algum contato com pacientes que precisavam de vigilância. A gente teve mais esse artifício, mas a gente tem um outro problema também que é a questão do cadastro dos pacientes e o fato de eles mudarem muito de telefone. Então às vezes era aquilo: ou o cadastro estava incompleto ou o cadastro era completo, mas o paciente tinha mudado de telefone, no telefone que você tinha pegado o número há duas semanas, um mês, sabe.

**** *part_22 *perg_5.2 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Tanto programada quanto a espontânea, sim. Durante algum tempo a gente basicamente funcionou para demanda espontânea, relacionada a sintomático gripal e casos mais graves. A gente não ia orientar o paciente a vir em outro momento, enfim. E aí a parte de linha de cuidado ficou bem escanteada mesmo. Até porque a maioria dos pacientes eram pacientes que tinham fatores de risco pra agravamento da covid. Como diabético, tuberculose, o hipertenso descompensado. Então o ideal é que esse paciente evitar vir para não ter contato com a doença. As linhas de cuidado que a gente trabalhou mais

assim, mais próximo foi a questão da gestante. Pra evitar uma evolução ruim da gestação, mas as outras ficaram mais de lado, principalmente assim no primeiro ano de pandemia.

**** *part_22 *perg_5.3 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Sim, houve uma reorganização. Se voltar mais até de limitar o número de curativos pra que sobrasse luva, porque faltava luva. Houve uma reorganização dos materiais.

**** *part_22 *perg_6 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

O que não era possível ser feito era ter um espaço mais arejado pra acolher e receber os pacientes pela estrutura da clínica mesmo. Mas de resto tudo que a gente se propôs a fazer a gente conseguiu fazer.

**** *part_22 *perg_7 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_2

Acho que boa. Até pela resposta que a gente teve dentro do que podíamos fazer, a resposta do que a gente tinha aqui foi boa.

**** *part_22 *perg_8 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Aqui no Rio principalmente essa comunicação foi muito feita pela Secretaria de Saúde, pelo município. Dentro da esfera estadual, a coisa caminhou muito devagar. E no nível federal havia muito mais desinformação do que a informação de fato sobre o momento que a gente vivia. E isso é se tem uma coisa que existia no nível federal que era comunicação e saúde que era algo bem trabalhado era até quando você falava na questões de evitar DST. No nos meios temáticos nos últimos anos isso inexistia.

**** *part_22 *perg_9 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Acho que a gente conseguiu fazer de uma forma legal. A gente conseguiu colocar algumas coisas na Rádio Comunitária. A gente conseguiu trabalhar com os mototaxistas, fazer reunião com os líderes comunitários. E a se reunir até mesmo com o poder paralelo do território pra tentar fazer a informação circular, pra tentar trabalhar algumas coisas contra comércio e tudo mais. A gente se articulou dentro do território.

**** *part_22 *perg_10 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

É, pensando na infecção a gente chegou a distribuir. E isso vindo de fora: álcool em gel, máscara a gente tinha um número limitado pros profissionais, então era algo muito restrito. Não tem mesmo e precisava ser atendido, não tem como ir em casa buscar. Acho que a gente fez muito pouco por isso por não ter braço mesmo. A gente articulou muito com os movimentos que tinham em volta. As ONGs Pra que isso fosse feito, que algumas coisas fossem doadas na comunidade. Mas assim, era uma

articulação dos profissionais com essas lideranças. Mas a clínica em si não tinha muito o que fazer.

**** *part_22 *perg_11 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_3

Assim eu não sei responder. Mas sim, eu acho que muito que a gente conseguiu dar resposta aqui na clínica. Ao que a gente tinha de recurso humano, assim, do posicionamento das pessoas mesmo. Da vontade das pessoas de ajudar a coisa fluir da melhor forma possível num momento difícil. Então eu acho que é isso, eu acho que nesse momento você precisa de pessoas com vontade de fazer. E então acaba que você vai contaminando pelo emocional das pessoas. Durante principalmente do primeiro ano da pandemia ele flutuava muito diante das adversidades que a gente foi enfrentando. Então cada hora ali um dava o apoio pro outro. Então eu acho que é isso, eu acho que a lição aprendida é que no momento de adversidade você precisa de pessoas ao seu entorno que te apoie. Porque senão as coisas não vão andar, você não vai conseguir dar o apoio que a população precisa. Se você também não tiver ao seu lado pessoas te apoiando. Porque o apoio institucional ainda mais no primeiro ano de pandemia foi horrível. Até pela gestão que era.

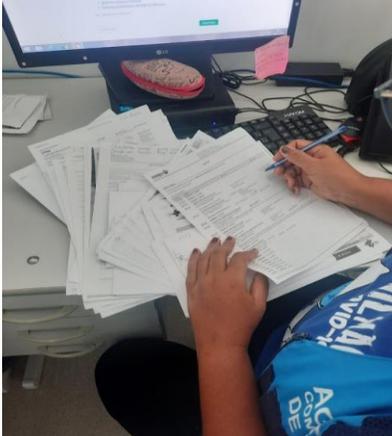
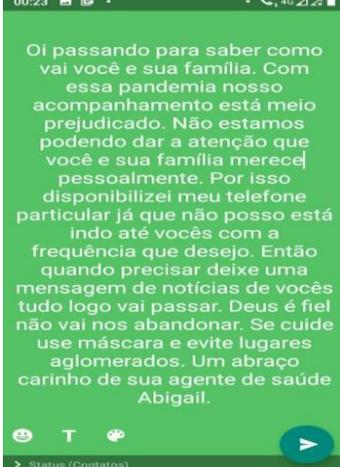
**** *part_22 *perg_12 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_4

Não, acho que não. A única coisa é até voltando numa pergunta lá de trás, da questão do que a gente deu de suporte pra evitar a propagação do vírus. Que foi a redução de danos é uma coisa que a gente se articulou pra conseguir doação. E aí junto as ONGs a gente ajudou a distribuir na comunidade foram as máscaras de pano. Tanto pra gente que em algum momento não tinha máscara cirúrgica, não tinha muito menos as outras máscaras. Então nós conseguimos para gente e para distribuir na comunidade. Era algo que fazíamos. A gente conseguia doações, trazia e tal. Não vem de ONGs não e era de pessoas que conseguiam pessoas que a gente conhece que tinham que trabalhavam com confecção, esse tipo de coisa. E trazíamos e entregávamos para as ONGs distribuírem na comunidade.

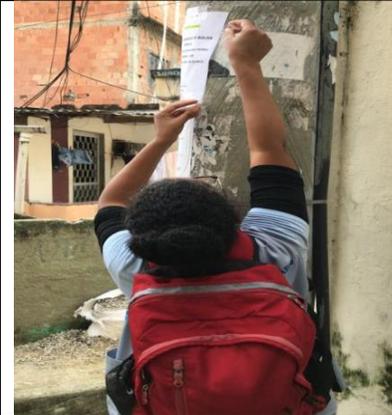
**** *part_22 *perg_13 *ida_2 *rio_1 *etni_2 *gen_2 *ubs_d *ubs_2 *med_1 *temp_3 *aps_3 *especi_1 *tema_4

Eu acho que é necessário esse desenvolvimento dessas tecnologias que ajudem a controlar, a combater essa catástrofe. Mas é aquilo, eu também acho que não é algo simples de acontecer. Uma outra coisa que eu estou lembrando também, as questões dos face shields. Mas aí eram muito mais pra gente e não pro externo, não pra população. A gente também conseguiu alguns mesmo comprando. Enfim, em algumas doações.

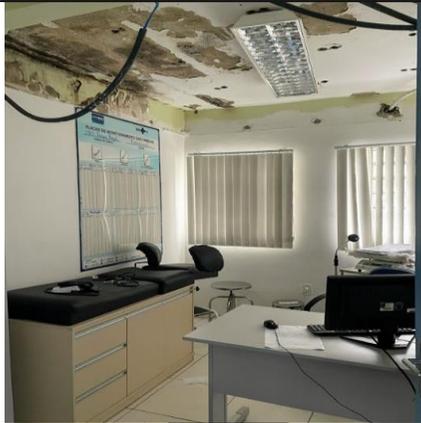
APÊNDICE P - FOTOGRAFIAS DISCUTIDAS NO PHOTOVOICE

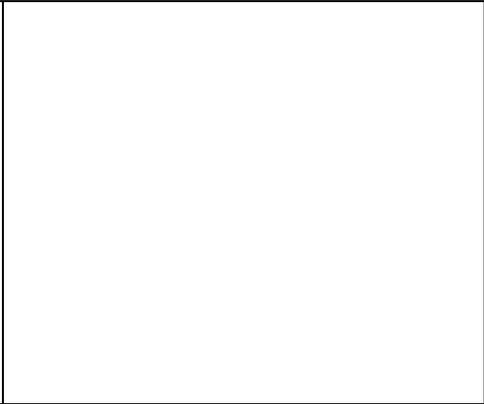
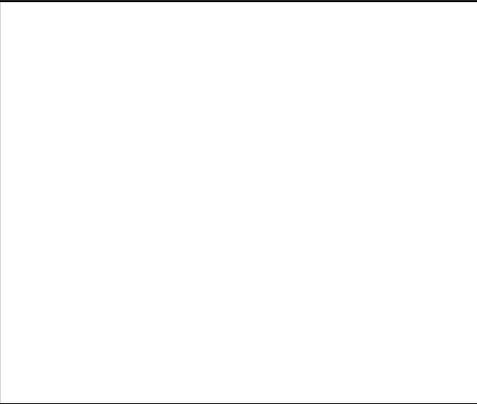
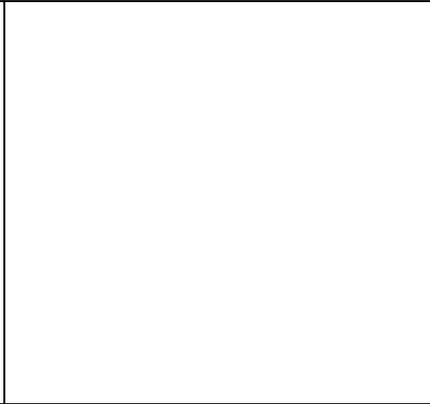
UBS A	UBS B	UBS C	UBS D
 <p>INSTITUTO PRÓ-MENOR <small>INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA Rua do Rio de Janeiro, 100 - 1º andar - Centro - Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20040-000 Telefone: (21) 2507-1000 - Fax: (21) 2507-1001 - E-mail: contato@pro-menor.org.br</small></p> <p>RECIBO</p> <p>Recebi do Instituto Pró-Menor do Brasil, <u>100</u> Kits de testagem contra o novo corona vírus, que serão integralmente utilizados, para testagem da população carente da Comunidade de <u>União das Comunidades</u> desta DOIÇÃO e, exclusivamente, para testagem gratuita da população.</p> <p>Rio de Janeiro <u>25/05/2021</u></p> <p><i>Carlos Roberto dos Santos</i> Carlos Roberto dos Santos Presidente</p> <p><i>[Assinatura]</i> Assinatura do responsável</p>			 <p>00:23 [ícones] 4G</p> <p>Oi passando para saber como vai você e sua família. Com essa pandemia nosso acompanhamento está meio prejudicado. Não estamos podendo dar a atenção que você e sua família merece pessoalmente. Por isso disponibilizei meu telefone particular já que não posso está indo até vocês com a frequência que desejo. Então quando precisar deixe uma mensagem de notícias de vocês tudo logo vai passar. Deus é fiel não vai nos abandonar. Se cuide use máscara e evite lugares aglomerados. Um abraço carinho de sua agente de saúde Abigail.</p> <p>[ícones] Status (Contatos)</p>





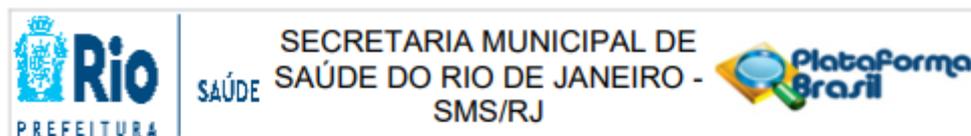






ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tecnologias sociais na atenção primária à saúde voltadas à gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19

Pesquisador: Thais da Silva Kneodler

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40119220.0.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.644.749

Apresentação do Projeto:

Tramitação para análise das respostas às pendências elencadas no Parecer Consubstanciado CEP SMS RJ Nº 4.578.829 emitido em 08 de Março de 2021.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo informações do pesquisador, o objetivo geral do estudo é:

- Analisar o desenvolvimento de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde em unidades básicas do município do Rio de Janeiro, com enfoque na gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19.

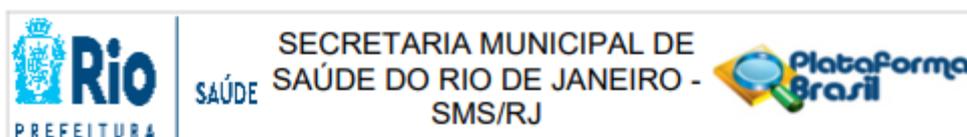
Já os objetivos específicos:

- Identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da pandemia de COVID-19;
- Descrever os processos de reorganização da atenção primária à saúde e desenvolvimento de tecnologias sociais para reposta emergencial à pandemia de COVID -19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme informações do pesquisador os riscos atrelados ao estudo são:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar		CEP: 20.031-040
Bairro: Centro		
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	
Telefone: (21)2215-1485	E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br	



Continuação do Parecer: 4.844.749

Os riscos potenciais deste estudo estão vinculados ao risco de ordem emocional, ou de constrangimento no decurso da realização da entrevista.

Assim, a pesquisadora se compromete a zelar pelo bem-estar e integridade dos participantes, respeitando valores sociais, religiosos, culturais e éticos, da mesma forma que com costumes e hábitos dos mesmos.

Já os Benefícios:

O benefício relacionado a participação no estudo será de através dos dados obtidos pela pesquisadora, haverá a elaboração de tecnologias sociais voltadas a gestão de risco de desastres de tipologia biológica para tornar as unidades básicas de saúde mais resilientes frente a esses eventos danosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da apreciação ética para análise das respostas às pendências elencadas no Parecer Consubstanciado CEP SMS RJ N° 4.578.829 emitido em 08 de Março de 2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação com pendências foram modificados de acordo com as normas vigentes.

Recomendações:

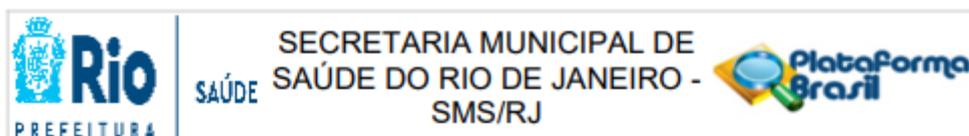
Recomendamos que o pesquisador desenvolva todas as etapas possíveis na modalidade online, com vistas à adesão as medidas de proteção à vida e a interrupção da cadeia de transmissão da infecção pelo COVID -19. É aconselhável que o pesquisador reflita sobre os cuidados necessários para o compartilhamento de equipamento fotográfico e até mesmo das fotos impressas.

A Resolução CNS N° 580/2018 em seu Art. 5º determina que os procedimentos da pesquisa não devem interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. Neste sentido, solicitamos redobrada atenção do pesquisador para esta orientação, considerando as diversas etapas de coleta de dados do estudo e os possíveis impactos no processo de trabalho dos profissionais envolvidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o pesquisador atendeu de forma adequada as pendências, este comitê

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.644.749

corroborar com a aprovação do estudo a ser realizado nas seguintes unidades de saúde: Clínica da Família Zilda Arns, Clínica da Família Wilma Costa, Clínica da Família Assis Valente e Centro Municipal de Saúde Parque Royal.

Abaixo segue o retorno da pendência:

Pendência 1 - No documento "TCLE", página 3, referente a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos Agentes e líderes comunitários - solicitamos que o pesquisador reformule o trecho: "Sua participação na pesquisa não é obrigatória e compreenderá em participar da técnica do Fotovoz/Photovoz, construída para esta pesquisa."

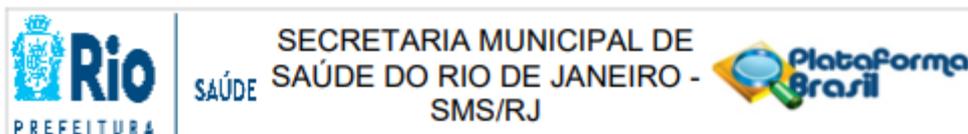
Segundo a Resolução Nº 466 de 2012, em seu capítulo II.23, determina que o TCLE deve conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar; Sendo assim, cabe reformular o trecho com a descrição clara dos procedimentos da técnica PHOTOVOICE, aos quais os agentes e líderes comunitários poderão ser submetidos caso aceitem participar da pesquisa.

Solicitamos que o Termo de Consentimento Livre Esclarecido seja redigido de forma mais clara. No trecho a seguir há uma apresentação prolixa e repetitiva da afirmação de que o participante não terá custos e compensação diante da sua participação. Extraído do arquivo "TCLEmodificado.pdf"(22/02/2021): "Sua participação na pesquisa não é obrigatória e compreenderá em participar de uma entrevista construída através de um roteiro para esta pesquisa. Você não terá custos ou qualquer compensação financeira ao participar do estudo. Além disso, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento a qualquer momento; tanto desistência ou recusa, não gerará prejuízo. Você não terá custos ou quaisquer compensações. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa."

Outra necessidade que ficou evidente após a descrição da metodologia foi a elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para os agentes comunitários, de forma a esclarecer a descrição de cada uma das etapas e procedimentos do Fotovoz. O arquivo TCLEmodificado.pdf encaminhado não contemplou a descrição e subsídios de todos os procedimentos previsto para a decisão de participação dos agentes comunitários no estudo.

Pendência Atendida - O pesquisador encaminhou o TCLE específico aos agentes e líderes comunitários, comunicando informações essenciais à sua participação incluindo esclarecimentos da técnica Fotovoice. O arquivo "Projeto_CEPmodificado2" apresentou em seu Apêndice G,

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.644.749

encaminhado via Plataforma Brasil em 17/03/2021.

Segue o trecho de resposta do pesquisador: "A pendência foi atendida nos novos arquivos submetidos ao CEP, como o "TCLEmodificado2" e "Projeto_CEPmodificado2", neste último especificamente nos apêndices F, G, H, e I. Foi detalhada a técnica do Fotovoz no TCLE para Agentes comunitários de saúde e dos líderes comunitários, levando-se em consideração o que foi pontuado na metodologia. Da mesma maneira, também foram retirados os trechos que causavam redundância em todos os TCLEs (para gerentes, enfermeiros e médicos, e ACS e líderes comunitários)."

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

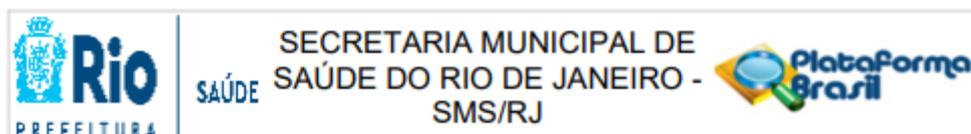
Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.644.749

de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

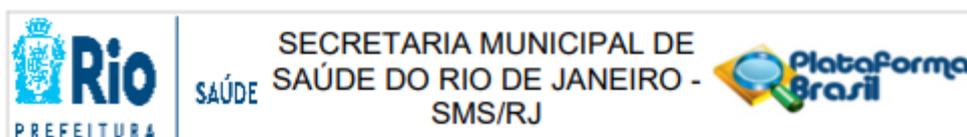
Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	17/03/2021		Aceito

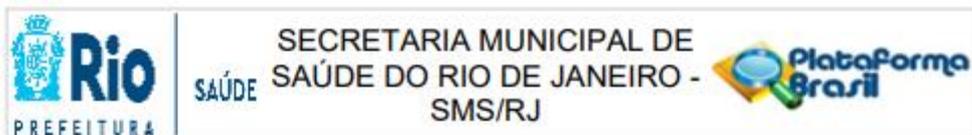
Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.644.749

Básicas do Projeto	ETO_1691671.pdf	10:05:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEPmodificado2.pdf	17/03/2021 10:04:37	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasdoCEP_SMSRJ.pdf	17/03/2021 10:03:43	Thais da Silva Kneodler	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado2.pdf	17/03/2021 09:58:07	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasdoCEPSMSRJ.pdf	22/02/2021 16:22:33	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	SETORmodificado.pdf	22/02/2021 16:14:23	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	TERMO_USO_DE_IMAGEMmodificado.pdf	22/02/2021 16:09:16	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEPmodificado.pdf	22/02/2021 16:02:23	Thais da Silva Kneodler	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	22/02/2021 16:01:54	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	Formularioderespostasaspendencias_Thais.pdf	07/01/2021 15:19:06	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_modificado.pdf	07/01/2021 15:13:19	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	SETOR.pdf	22/12/2020 17:46:39	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	22/12/2020 17:44:23	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	22/12/2020 17:42:31	Thais da Silva Kneodler	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Thais.pdf	22/12/2020 17:36:04	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	TERMO_USO_DE_IMAGEM.pdf	22/12/2020 17:31:02	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	CAPES.pdf	22/12/2020 17:27:08	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	Checklist.pdf	16/11/2020 12:44:13	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_ao_CEP_1.pdf	16/11/2020 12:18:21	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	Declaracao_Negativa_de_custos.pdf	16/11/2020	Thais da Silva	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.644.749

Outros	Declaracao_Negativa_de_custos.pdf	12:14:26	Kneodler	Aceito
Outros	curriculo_pesquisadores.pdf	14/11/2020 14:41:18	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	CURRICULO_THAIS.pdf	14/11/2020 14:40:45	Thais da Silva Kneodler	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

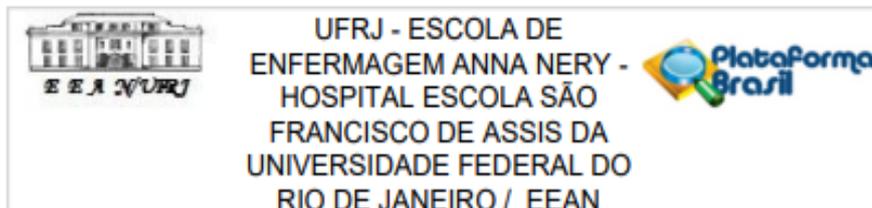
Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Abril de 2021

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br

ANEXO B – PARECER DO CEP HESFA/EEAN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tecnologias sociais na atenção primária à saúde voltadas à gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19

Pesquisador: Thais da Silva Kneoder

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40119220.0.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.503.630

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Metodologia

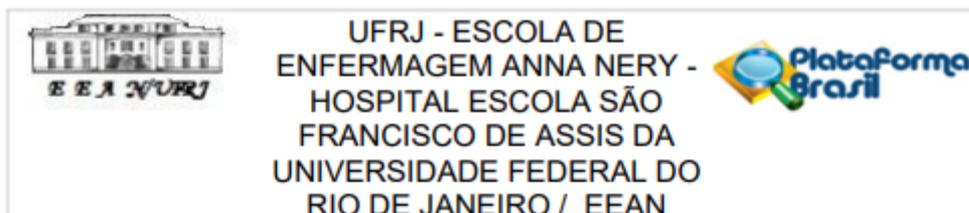
"Trata-se de um estudo de casos múltiplos, de abordagem mista, do tipo transversal, e de natureza descritiva e exploratória, com foco nas fases de gestão de risco de desastres frente à epidemia de COVID19, com vistas à uma síntese de evidências, por meio da triangulação de dados."

Critério de inclusão: O estudo contará com a participação de gerentes das unidades básicas selecionadas, assim como profissionais da Equipe de Resposta Rápida (ERR) (médicos e enfermeiros), agentes comunitários de saúde e líderes comunitários.

Critério de exclusão: profissionais que não compuseram a ERR e aqueles que não atuaram na avaliação de indivíduos com Síndrome Gripal, além dos que estiverem de licença ou afastados por condições crônicas e fatores de risco.

Análise: A análise de dados quantitativos - estatística descritiva no software Excel. Para os dados qualitativos - serão processados com o software do tipo Iramuteq.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeeahesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 4.503.630

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar o desenvolvimento de tecnologias sociais no âmbito da atenção primária à saúde em unidades básicas do município do Rio de Janeiro, com enfoque na gestão de risco de desastres no contexto da pandemia de COVID-19.

Objetivos Específicos:

Identificar as vulnerabilidades envolvidas na resposta emergencial praticada em unidades básicas de saúde no contexto da epidemia de COVID-19; Descrever os processos de reorganização da atenção primária à saúde e desenvolvimento de tecnologias sociais para resposta emergencial à pandemia de COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos potenciais deste estudo estão vinculados ao risco de ordem emocional, ou de constrangimento no decurso da realização da entrevista. Assim, a pesquisadora se compromete a zelar pelo bem-estar e integridade dos participantes, respeitando valores sociais, religiosos, culturais e éticos, da mesma forma que com costumes e hábitos dos mesmos.

Benefícios: O benefício relacionado a participação no estudo será de através dos dados obtidos pela pesquisadora, haverá a elaboração de um plano de preparação e resposta para as unidades básicas de saúde em situações de epidemias, surtos e pandemias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto do curso de doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery que apresenta relevância social e científica, bem como vinculação com a prática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há pendências

Recomendações:

Não há

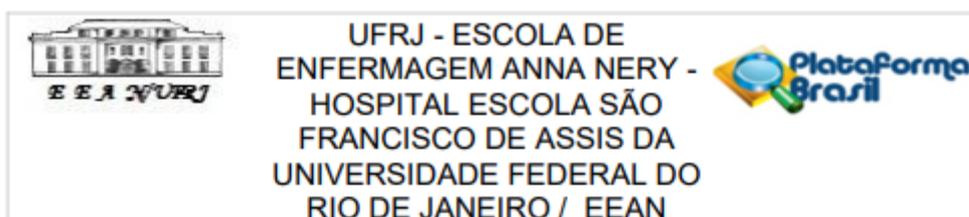
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação do atendimento às pendências, o Comitê de Ética em Pesquisa da

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 4.503.630

EEAN/HESFA/UFRJ, de acordo com o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS, APROVOU o Protocolo de Pesquisa ad referendum em 19 de janeiro de 2021.

Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema PLATBR para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e ao Sistema 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_1663982.pdf	07/01/2021 15:21:53		Aceito
Outros	Formularioderespostasaspendencias_Thais.pdf	07/01/2021 15:19:06	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_modificado.pdf	07/01/2021 15:13:19	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	SETOR.pdf	22/12/2020 17:46:39	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	22/12/2020 17:44:23	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	22/12/2020 17:42:31	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/12/2020 17:42:05	Thais da Silva Kneodler	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Thais.pdf	22/12/2020 17:36:04	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	TERMO_USO_DE_IMAGEM.pdf	22/12/2020 17:31:02	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	CAPES.pdf	22/12/2020 17:27:08	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	Checklist.pdf	16/11/2020 12:44:13	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_ao_CEP_1.pdf	16/11/2020 12:18:21	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	Declaracao_Negativa_de_custos.pdf	16/11/2020 12:14:26	Thais da Silva Kneodler	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

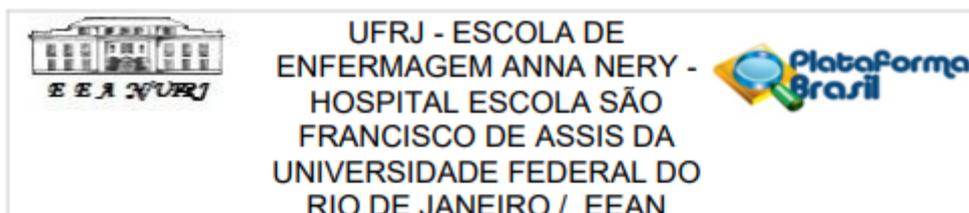
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 4.503.630

Outros	curriculo_pesquisadores.pdf	14/11/2020 14:41:18	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Outros	CURRICULO_THAIS.pdf	14/11/2020 14:40:45	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_PESQUISA.pdf	14/11/2020 14:30:10	Thais da Silva Kneodler	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO_THAIS.pdf	14/11/2020 14:07:15	Thais da Silva Kneodler	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Maria Angélica Peres
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br