

Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 7, Supl. 1 (2021).

O território CONVIDA a reexistir: ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece

DOI:

ARTIGO ORIGINAL

(Capa: Márcio Mariath Belloc)

Estratégias de enfrentamento em saúde coletiva no contexto da COVID-19 para populações vulneráveis de Macapá-AP: resultados preliminares

Estrategias de enfrentamiento en salud colectiva en el contexto de la COVID-19 para poblaciones vulnerables de Macapá-AP: resultados preliminares

Márcio Mariath Belloc

ORCID: 0000-0003-0928-7557

Doutor em Antropologia, Universidade Federal do Pará

Adriele Cardoso Sussuarana

ORCID: 0000-0001-6316-1299

Mestranda em Psicologia, Universidade Federal do Pará

Alba Caroline Tavares dos Santos

ORCID: 0000-0002-1360-4466

Mestranda em Psicologia, Universidade Federal do Pará

Betina Vitória Batista Monteiro

ORCID: 0000-0002-1413-0709

Bacharel em Psicologia, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amapá

Eliany Nazaré Rodrigues Rodrigues

ORCID: 0000-0001-7579-1394

Mestranda em Psicologia, Universidade Federal do Pará

Ricardo Silva Oliveira

ORCID: 0000-0001-5900-3052

Especializando em Estudos Culturais e Políticas Públicas, Universidade Federal do Amapá

Vitória de Amorim Almeida

ORCID: 0000-0001-8784-4406

Acadêmica de Psicologia, Universidade Federal do Pará

Autor correspondente:

Márcio Mariath Belloc

E-mail: mmbelloc@ufpa.br

Resumo:

Este artigo apresenta a fase inicial de uma pesquisa ação participativa sobre as estratégias coletivas de enfrentamento diante da COVID-19, em territórios vulneráveis da cidade de Macapá, Amapá. As precariedades atuais das redes de atenção à saúde, somadas as vulnerabilidades sociais, habitacionais, de saneamento, baixa taxa de empregabilidade produzem condições que fragilizam sobremaneira sua população diante deste momento pandêmico. A pesquisa objetiva reduzir os danos causados à saúde da população vulnerável através da construção de uma rede de estratégias coletivas de educação, participação e informação em saúde, propor parceria e articulação com atores sociais e instituições do território e auxiliar os atores sociais no diálogo com o Estado. A pesquisa se dá na região periférica com Índice de Desenvolvimento Humano mais baixo da capital e, a partir dos agentes comunitários de saúde do território, foi produzido um mapeamento humano da região. Como pesquisa ação os participantes configuraram-se como pesquisadores, produtores de conhecimento e protagonistas em seus contextos de vida. A pesquisa

prevê a realização de onze ciclos espirais da pesquisa ação (planejamento, ação e reflexão), sendo os dois primeiros ciclos executados plenamente e os três posteriores parcialmente. Com os dados preliminares identificou-se o potencial de ação da atenção primária e ações comunitárias, identificando e discutindo sobre os dados de infraestrutura, segurança, economia, impactos da doença, especificidades do trabalho em território, a estrutura urbana precária e o modo como constroem suas atuações e a importância dos afetos no enfrentamento da pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Coletiva, Covid-19, Estratégias Comunitárias de Cuidado, Educação em Saúde, Informação em Saúde

Resumen:

Este artículo presenta la fase inicial de una investigación acción participativa sobre las estrategias colectivas de enfrentamiento de la COVID-19, en territorios vulnerables de la ciudad de Macapá, Amapá. Las precariedades actuales de las redes de atención a la salud, sumadas a las vulnerabilidades sociales, habitacionales, de saneamiento, bajo empleo producen condiciones que debilitan sobremedida su población en este momento pandémico. La investigación objetiva reducir daños causados a la salud de la población vulnerable a través de la construcción de una red de estrategias colectivas de

Introdução:

O presente artigo trata dos primeiros movimentos de uma pesquisa ação participativa sobre as estratégias coletivas de enfrentamento da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), em territórios vulneráveis da cidade de Macapá, Amapá, Brasil. É de amplo conhecimento que a proliferação da COVID-19 levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o mais alto nível de alerta conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional, e a caracterizou como pandemia. No momento em que escrevemos essas linhas, muitos países já passaram por duas ondas importantes e mortíferas da COVID-19, e se iniciam as primeiras vacinações emergenciais. No Brasil, por sua vez, volta a subir o índice de contaminação e letalidade que ainda não havia deixado de ser preocupante, não tendo claramente demarcadas duas ondas da doença, já que nem a primeira havia sido controlada, fruto de uma política errática, passível de ser considerada no mínimo deliberadamente claudicante, sintônica aos retrocessos das políticas de saúde dos últimos anos. Não surpreende que, apesar da capacidade instalada para produção e da histórica e reconhecida política de cobertura vacinal brasileira, estejamos atualmente atrasados em relação a outros países.

Quando iniciamos esta pesquisa a Folha Informativa COVID-19 da Organização Mundial da Saúde (OMS) do dia 21 de maio de 2020¹ apontava confirmados no mundo 4.893.186 casos de COVID-19 e 323.256 mortes, sendo os números brasileiros respectivos há época: 310.087 casos e 20.047 mortes. Passados quase cinco meses, no dia 18 de novembro de 2020, o mesmo informe da OMS apresenta números estonteantes da pandemia: 55.326.907 casos confirmados e 1.333.742 mortes no mundo, e no Brasil 5.911.758 casos confirmados e 166.699 mortes.

Para o Boletim Epidemiológico (COE-COVID19)² publicado pelo Ministério da Saúde no dia 09 de abril de 2020, dentre os objetivos citados que envolvem o SUS, destaca-se:

educación, participación e información en salud, proponer articulación con actores sociales e instituciones del territorio y auxiliar los actores en el diálogo con el Estado. La investigación se da en la región periférica con Índice de Desarrollo Humano más bajo de la capital y, a partir de los agentes comunitarios de salud del territorio, fue producido un mapeo humano de la región. Como investigación acción los participantes se configuran como investigadores, productores de conocimiento e protagonistas en sus contextos de vida. La investigación prevé la realización de once ciclos espirales de planeamiento, acción y reflexión, siendo los dos primeros ciclos ejecutados plenamente y los tres posteriores parcialmente. Con los datos preliminares se ha identificado el potencial de acción de la atención primaria y acciones comunitarias, identificando e discutiendo sobre los datos de infraestructura, seguridad, economía, impactos de la enfermedad, especificidades del trabajo en territorio, estructura urbana precaria y el modo como construyen sus actuaciones y la importancia de los afectos en el enfrentamiento de la pandemia.

Palabras Clave: Salud Colectiva, Covid-19, Estrategias Comunitarias de Cuidado, Educación en Salud, Información en Salud.

[...] Isolar sintomáticos; [...] Combater a desinformação (*fake news*) e comunicar, diariamente, a situação epidemiológica, situação de risco e avanços na resposta em cada fase de enfrentamento; [...] Minimizar o impacto social e econômico por meio de parcerias multissetoriais e em apoio às medidas de distanciamento social ampliado e seletivo adotadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios¹.

O Boletim assevera que as medidas de distanciamento social, além de diminuir a velocidade da transmissão do vírus, e indicava que os demais serviços emergenciais não fossem interrompidos. Tais medidas tinham a o objetivo de ampliar a capacidade de resposta das instituições de saúde, garantir leitos, respiradores, quantidade de profissionais suficientes e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) permitindo o acesso de todos nos atendimentos dos casos de COVID-19.

Contudo, tais medidas, centradas na alta complexidade, no contexto brasileiro, e em especial na região norte do país, foram operadas dentro de um sistema sanitário, cujas políticas de saúde já vinham sofrendo com desfinanciamento e retrocessos importantes no modelo de atenção. Cabral e Belloc³ demonstram, por exemplo, que a partir de 2016 com o congelamento do financiamento por 20 anos com a Ementa Constitucional 95, com a progressiva diminuição do trabalho em território e a centralidade no modelo prescritivo perpetradas com as sucessivas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, além do fortalecimento da indústria da loucura com os retrocessos seculares das políticas de saúde mental, a precarização do Sistema Único de Saúde era construída justamente dois de seus princípios mais caros: a participação e a integralidade. Uma modelagem tecnoassistencial que tensiona as ações em saúde pelo modelo biomédico hegemônico⁴, colonizando a complexa e multifatorial experiência do padecimento, em uma sorte de atomização da sociedade em indivíduos doentes, como entes biológicos isolados. Neste sentido, os mesmos autores propõem o entendimento dessa precarização como um desaparecimento político, pois as ações sanitárias passam a eliminar os contextos históricos, sociais e culturais em prol do modelo explicativo da saúde de um corpo biológico. O usuário é reificado, não entra como protagonista das estratégias de cuidado, desaparece histórica e subjetivamente das políticas de saúde.

Na esteira dessa precarização, o já insuficiente financiamento agora voltado quase que exclusivamente para a alta complexidade, em sintonia ao atual modelo, na região norte levou ao retraimento ou mesmo à suspensão das ações de prevenção e promoção em território e dos cuidados em saúde mental de média complexidade e em liberdade. O efeito para as redes de atenção puderam ser observados desde serviços de atenção básica e Centros de Atenção Psicossocial fechados ou em plantões com poucos profissionais, até distorções anacrônicas e violentas como a dos usuários da rede de atenção psicossocial de Macapá/AP com sintomas da COVID-19, sem nenhum sintoma de crise ou surto em saúde mental, sendo internados em hospitais psiquiátricos com precárias condições de atenção à infecção viral.

Não obstante, é preciso ressaltar que não se trata de condenar o necessário investimento na criação de mais leitos clínicos e de terapia intensiva para enfrentar a pandemia. Contudo, a retração da prevenção e promoção, junto à desintegralização do cuidado, constrói uma resposta à pandemia que tende a fortalecê-la, já que grande parte das pessoas que lotam tais novos leitos, ou as que agonisticamente esperam uma vaga nos mesmos, poderiam não ter sido infectadas. Não se trata de nenhuma novidade, mas de um dado conhecido desde o século passado, inclusive validado pela OMS em relação à COVID-19: 80% dos processos de saúde-adoecimento-atenção podem ser prevenidos e tratados na atenção básica em saúde.

No início da pandemia o Boletim Epidemiológico (COE-COVID19) publicado pelo Ministério da Saúde no dia 08 de maio de 2020⁵, já apontava a taxa de incidência da COVID-19 no Amapá como a segunda maior do Brasil. Nesse sentido e dialogando com Boaventura de Souza Santos⁶ sobre o maior impacto da COVID-19 nas camadas mais vulneráveis da população, é importante notar que, de acordo com os dados que compõem o mapeamento preliminar dos chamados "Aglomerados Subnormais", feito pelo IBGE⁷, o Amapá apresenta ainda a terceira posição (21,6%) como estado com as maiores proporções de moradias

irregulares ou em condições precárias com falta ou difícil acesso à saneamento e coleta de lixo, considera-se ainda um padrão urbanístico dificultador no caso de necessidade de acesso à ambulâncias.

Outro estudo do IBGE denominado “Informações de saúde: subsídios ao enfrentamento regional à COVID-19”⁸ mostrou que Amapá está entre os estados que apresentavam em 2019 os menores índices de distribuição de médicos para cada 100 mil habitantes. Recursos necessários para o combate da covid-19, como leitos de UTI e ventiladores/respiradores mecânicos também eram baixos.

A partir do relatório realizado pelo Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública do PROCC/Fiocruz e EMap/FGV⁹ que dispõe, Figura 1, sobre a estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e a avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras, o país foi estratificado em cinco classes de vulnerabilidade social para facilitar a definição de estratégias mais precisas de enfrentamento.

A classificação levou em consideração as seguintes variáveis: expectativa de vida ao nascer, índice de GINI, componente de escolaridade do IDH, % população vivendo em situação de extrema pobreza, % população vivendo em área urbana, % de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados, % de domicílio com água encanada, % de domicílio sem energia elétrica.

Percebe-se a predominância da Classe C no Estado do Amapá. As microrregiões das classes C, D e E são as mais vulneráveis. Elas estão localizadas principalmente nas regiões Nordeste e Norte. Conclui-se que a maior expectativa de vida está associada a melhores condições de vida, concentradas significativamente na parte sul do país.

Como garantir a proteção em saúde das populações em risco social que não dispõem sequer de água tratada para a realização de suas necessidades mais básicas? Como garantir o isolamento domiciliar do trabalhador informal que vive em situação de extrema pobreza? De acordo com dados do IBGE¹⁰, apenas 26.8% do território da capital do Amapá possui esgotamento sanitário adequado e somente 24,5% da população trabalha formalmente. Amapá encerrou o ano de 2019 com a maior taxa de desemprego do país, sendo um terço da população identificada como trabalhando na área informal. Especificamente na cidade de Macapá mais de 30 bairros não possuem lei de criação e podem seguir sem dados oficiais até 2030, não se tem oficialmente informações sobre área, população, renda e oferta de serviços básicos registradas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ressalta-se, a partir disso, a importância das informações que serão levantadas a partir dos atores desta pesquisa.

Dos âmbitos de atuação da pesquisa

É de amplo conhecimento que o modelo de atenção primária em saúde adotado e desenvolvido no âmbito do SUS, a atenção básica em saúde, tem como principais serviços as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias Saúde da Família (ESF), que desenvolvem ações de promoção, prevenção e proteção da saúde, dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade tendo em vista as condições de trabalho, moradia e suas relações com a família e a comunidade de um determinado território¹¹.

No contexto da ESF, destacamos aqui o Agente Comunitário de Saúde (ACS), de acordo com o Art. 3º da Lei 11.350 de 2006, tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Se tomamos a configuração anterior às últimas mudanças da PNAB, que diminuiu pra o mínimo de um ACS por equipe, Lancetti¹² indica que em bairros ou territórios periféricos – que são o foco dessa pesquisa – cada grupo de pessoas é visitado ao menos uma vez por uma ou um ACS. Ele promove tolerância, educa e é responsável por infinitas ações coletivas nos territórios, apresenta um lugar paradoxal por intermediar Estado e comunidade. Ao passo que é membro da organização sanitária, é também membro da comunidade e ao mesmo tempo está fora da problemática. É nesse paradoxo que reside a arma fundamental para fazer funcionar a máquina de produzir saúde.

De acordo com a Portaria nº 2.761 de 2013 do Ministério da Saúde que institui a Política Nacional de Educação em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), destaca-se entre os seus principais objetivos: fortalecer os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde.

Destaca-se ainda como objetivos da PNEPS-SUS: Contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; e apoiar ações de educação popular na atenção básica em saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas.

Neste sentido, Merhy¹³ nos ensina que a reforma dos sistemas de saúde da América Latina, anteriores aos atuais retrocessos brasileiros, se opõe ao projeto neoliberal quando propõe um modelo de atenção que prioriza, de forma radical, a defesa da vida. Para superar o modelo biomédico hegemônico, propõe-se a organização de modelos de atenção à saúde mais coletivos que permitam a construção de vínculos mais estreitos entre trabalhadores e usuários.

Sobre estes modelos centrados na saúde coletiva, tomamos as contribuições da discussão proposta por Saidón¹⁴ quando afirma que diante do caos ou da complexidade social, o trabalho em rede, como política de cidadania, liberdade e justiça, possibilita o surgimento de uma resposta criativa e própria para o aqui-e-agora, tempo presente que vivemos. Como concepção importante para o fortalecimento da sociedade civil, esse tipo de trabalho é escolhido, em geral, como estratégia para conduzir políticas para a população mais vulnerável da sociedade, é posto assim como alternativa às diversas práticas de disciplinamento e controle. O autor assevera, ainda, que independente de funcionar a partir de encontros presenciais ou através de comunicações informatizadas, o que define a construção das redes é a sua proposta de ações concretas. Na redução dos níveis de delegação, gera-se, para além de uma democracia direta, uma maneira singular de fazer política.

[...] As redes surgem assim como uma iniciativa para superar o esgotamento no qual determinadas instituições chegaram, ao mesmo tempo que questionam de fato a representação, abrindo as possibilidades de uma participação direta na produção do pensamento gerados em torno dos desafios sociais que devem enfrentar¹⁴.

Nesse momento, a orientação de isolamento social torna pouco possível a identificação *in loco* dos grupos de risco em saúde ou pessoas em situação de risco sanitário extremo, pessoas que por vezes sequer são contadas nos estudos epidemiológicos, tamanha invisibilidade e falta de acesso, bem como a identificação de lideranças comunitárias nas regiões periféricas. No entanto, como aqui exposto, através das equipes de atenção básica em saúde, ligadas ao governo municipal de Macapá, é possível localizar e identificar os ACS

integrantes destas equipes e que, de forma territorializada, continuam atuando, ainda que remotamente, junto aos locais que apresentam significativo risco e vulnerabilidade social.

Propomos assim, fomentar a criação de redes de educação e informação como estratégia possível para a criação de uma comunicação direta e descentralizada entre os diferentes atores sociais responsáveis pelo direcionamento de ações de educação em saúde nos seus respectivos territórios. O projeto, nesse sentido, busca fortalecer as ações que já estão sendo realizadas, produzir informação e conhecimento sobre populações invisibilizadas, além de compartilhar e potencializar possíveis experiências exitosas que podem subsidiar estratégias para diferentes territórios da mesma cidade.

Neste sentido, Saidón¹⁴ aponta que dependendo da participação e interação de seus integrantes, as redes sociais podem assumir um sentido inovador quando direcionadas para a recriação de novos modos de solidariedade social e exercício democrático, trata-se da invenção de novos territórios existenciais. Ainda, Merhy¹³ propõe a existência de um trabalho vivo em ato no momento exato em que o trabalhador está em ação em uma dimensão pública ou coletiva e permite que a produção de cuidado seja atravessada por direções antes não pensadas, não visitadas.

Nessa perspectiva, o direcionamento que aqui proposto é pautado a partir da redução de danos. De acordo com Lancetti¹², a redução de danos abre as portas para uma corrente micropolítica de formas coletivizadas de afirmação da vida. Ou seja, cria-se experimentação de vida, denota-se territórios coletivos de tolerância e cooperação ali onde o empreendimento é mortífero.

Sendo assim, projeto em andamento se propõe a reduzir prejuízos causados pela COVID-19 na população em situação de vulnerabilidade social em Macapá-AP através da construção de uma rede educação e informação em saúde.

Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa-ação é conhecer as reais condições de enfrentamento da COVID19 e reduzir os danos causados à saúde da população em situação de vulnerabilidade social em Macapá-AP através da construção de uma rede de estratégias coletivas de educação e informação em saúde.

Especificamente, tratou-se de selecionar a região periférica com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo da capital e a partir de contato inicial com o ACS responsáveis por esse território, mapear a região. Uma vez mapeada esta região, a proposta se desenvolve dos seguintes objetivos específicos: construir uma rede de comunicação e informação em saúde que fortaleça os trabalhos que estão sendo realizados e transversalize estratégias coletivas de educação em saúde no contexto da COVID-19; propor parceria e articulação intersetorial com atores sociais e instituições vinculadas ao território, bem como atores e instituições de âmbito estadual de importância estratégica para o projeto como os conselhos profissionais; auxiliar os atores sociais identificados através deste projeto no diálogo com o Estado; produzir conhecimento sobre atenção, participação, educação e informação em saúde em territórios de vulnerabilidade social no contexto da pandemia da COVID19; estabelecer comparação e possível cooperação com experiências nacionais e internacionais no âmbito do enfrentamento da pandemia da COVID19.

Metodologia

Considerando o Universo de 84 equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família), 30 estão nos distritos do interior e 850 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 600 ativos em campo na cidade de Macapá. O passo inicial se deu na identificação e contato com os ACS das equipes de ESF da região com o IDH mais baixo da cidade.

O projeto é construído, assim, com estes ACS e os líderes comunitários identificados por esses, tendo em vista o fortalecimento das ações já realizadas no contexto da COVID-19 e seus impactos para a população. A proposta de investigação aqui descrita ocorre em cenários sociais não manipulados e se propõe a transcender as experiências práticas reativas desses atores inicialmente identificados e propor, através da criação de diretrizes metodológicas e análises pré-determinadas, a pesquisa-ação como uma modalidade política de investigação¹⁵. Uma vez que se propõe com esse projeto a criação de uma rede de comunicação que vá além dos limites territoriais que, em geral, direcionam e delimitam a atuação tanto dos agentes comunitários de saúde, como dos líderes comunitários e/ou outros atores participantes do projeto.

A pesquisa-ação, de acordo com Kemmis e McTaggart¹⁶ se caracteriza por ter como base a autorreflexão coletiva e participativa. O processo reflexivo não se concentra num só ator-autor. É a partir do protagonismo de participantes de um grupo social, então também considerados pesquisadores, na direção da melhoria das condições e práticas sociais, ao mesmo tempo que se produz conhecimento dessas mesmas práticas e situações. Sendo assim é um modalidade de pesquisa eminentemente colaborativa que se dá no espaço-tempo das práticas sociais, no caso, o trabalho vivo em ato na promoção e prevenção da saúde no contexto da pandemia da COVID19.

Neste sentido, a pesquisa-ação, em consonância com os mesmos Kemmis e McTaggart¹⁶, deve ser desenvolvida seguindo espirais, nas quais estão contidos ciclos distintos de planejamento, ação, reflexão e, necessariamente, replanejamento que, por sua vez renova a ação e se redobra em novas observações e reflexões. Dessa maneira, atuando com os atores das práticas investigadas no seu território de ação, potencialmente são produzidas coletivos autocríticos e colaborativos, numa clara indução à produção de um conhecimento vivo, uma teorização de mãos dadas à experiência. O projeto está estruturado a partir das seguintes etapas, cada uma delas organizada em ciclos espirais de planejamento, ação e reflexão: 1) identificar e contatar os ACS da região selecionada na cidade de Macapá-AP; 2) estabelecer parceria com o Conselho Profissional do Amapá para propor participação certificada de profissionais com experiência em saúde e/ou assistência social em Macapá-AP; 3) identificar ferramentas disponíveis para uma rede que possibilite comunicação não-presencial de todos os atores envolvidos no projeto; 4) a partir de contato inicial com os ACS, identificar e sintetizar as principais estratégias utilizadas por esses na orientação/recomendação à população sobre COVID-19; 5) a partir de contato inicial com os ACS, mapear em sua totalidade a região periférica selecionada; 6) identificar casos específicos de risco social e casos onde a situação de risco de saúde (grupos de risco para COVID-19) ou sanitário se sobreponha à vulnerabilidade social; 7) identificar, por região, atores sociais que proponham estratégias de enfrentamento à COVID-19, independente de credo, raça, religião ou atividades em exercício (legais/ilegais); 8) neste mapeamento, identificar os principais recursos de comunicação utilizados pelo território; 9) analisar manuais e recomendações técnicas (OMS, MS, Avisa, etc.) acerca da COVID-19 e adaptá-los – quando necessário – ao contexto local, tanto na forma quanto no conteúdo; 10) elaborar diretrizes locais com recomendações de combate à pandemia de acordo com a avaliação e orientação dos ACS e dos atores sociais que participarão do projeto; a partir do repertório de enfrentamentos exitosos relatados pelas populações em risco, atualizar diretrizes locais; 11) auxiliar os atores sociais identificados através deste projeto no diálogo com o Estado.

O projeto de pesquisa do qual trata o presente artigo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo Parecer 4.181.763 de 30 de julho de 2020.

Resultados preliminares

Os resultados preliminares aqui apresentados compreendem os ciclos espirais 1 e 2 plenamente e os ciclos 3, 4 e 5 parcialmente. No contato inicial com os ACSs, efetuado nos primeiros meses da pandemia, quando

os mesmos se encontravam em trabalho remoto, já foi possível uma primeira aproximação ao território, suas características sociais, humanas e sanitárias. Sobre as formas de comunicação possíveis, são o telefone fixo e o aplicativo WhatsApp para telefones celulares, bem como a solidariedade de quem possui esses recursos, por hora, as principais ferramentas de comunicação. Sobre o território, nesse primeiro momento uma das principais características relatadas diz respeito à segurança. Com presença hegemônica do comércio ilegal de drogas ilegais, os chamados comandos, tanto são identificados como quem promove a segurança do território e o próprio trabalho dos ACSs, quanto com a produção da violência.

Com exceção de uma ACS, todos os relatos apontam de forma direta a presença dos comandos, comércio e consumo de drogas no território. Entre o grupo de ACS contatado, é recorrente a preocupação com as implicações negativas no âmbito da saúde e da segurança pessoal. Em relação a essa segurança no ato do trabalho, uma delas destaca preocupação justamente por ainda não conhecer muito sobre as bocas de fumo e regiões de tráfico. Sobre a protagonismo dos comandos na segurança do território, duas ACSs relatam que inclusive foram instruídas a entrarem no território sem joias e celular e terem mais cautela nas sextas-feiras. Outras três mencionam que neste específico dia da semana a atuação das ACS é vetada devido as intensas ações do tráfico. Uma quarta ACS também destaca que nesses dias ocorrem com frequência operações policiais e que, por vezes, a atuação as segundas-feiras também é inviável. Outra ACS afirma que é preciso comunicar previamente a intervenção no território, para “não ser alvo de tiro”. Também coloca a importância de definir com antecedência uma casa como abrigo, caso a polícia chegue atirando. A atuação policial é citada nos relatos: uma delas afirma que procura se afastar quando ocorrem batidas policiais, para não ser associada como delatora. Outra relata que quando existe a presença da polícia a troca de tiro é certa, se sente em um campo minado. Após a morte de um morador por parte do Batalhão de Operações Especiais, uma das agentes afirma que foi instruída pelos policiais da área para não levar consigo seu celular e estar atenta à possibilidade de assaltos. Outra aponta a restrição na sua atuação devido as ações policiais ostensivas no território. Ainda sobre outro aspecto da violência no território, duas contatadas apontam problemáticas importantes em relação a violência doméstica, sendo um aspecto ainda muito invisibilizado que com a aproximação construída nos próximos ciclos poderemos ter uma melhor dimensão.

Sobre a infraestrutura da região, com exceção de apenas um relato, todos afirmam uma problemática comum: casas pequenas para comportar muitas pessoas. Uma das agentes aponta que as casas em seu território são de difícil acesso e as pontes são como labirintos. Outra dá destaque a questões como a dificuldade de serviços como o SAMU acessarem as casas ao longo da ponte, pois as pontes estão quebradas ou em más condições de conservação. Muitos idosos precisam ser carregados para poder se locomover. A grande maioria dos contatados relatam problemáticas em relação a falta de saneamento básico: falta de acesso à água tratada, excesso de lixo e contaminação da natureza devido à falta de destino adequado para os dejetos de esgoto. Uma delas aponta enfrentar menores dificuldades quanto ao saneamento (e também à segurança) em seu território, atribui tal questão ao fato de atuar em área seca, fazendo uma direta relação às áreas de palafitas com piores condições sociais.

Sobre a receptividade dos moradores em relação ao trabalho de prevenção e promoção em território, duas contatadas apontam que já sofreram represálias por parte de moradores com maior poder aquisitivo: ambos relatos evidenciam uma negação aos serviços do SUS e relacionam tal fato à condição socioeconômica dos moradores, que se recusam a receber as ACS e alegam “não precisar” dos serviços. Outra agente aponta que em áreas mais vulneráveis a receptividade dos moradores é melhor. Outro relato corrobora esse perfil ao comunicar que, na área em que atua, as pessoas são gentis e a recebem, enquanto em residências de classe média é mais difícil a receberem. Um exemplo disso está inclusive num dos relatos que fala sobre uma moradora que a alerta caso exista algum imprevisto que impossibilite a sua atuação e entrada no território. É também apontado que fazer amizade com todos no território, além de facilitar o trabalho, é imprescindível para se estar segura nos territórios, mesmo os considerados mais perigosos.

Sobre o início das identificações de lideranças comunitárias que atuam diretamente em questões de saúde, a maioria das ACS aponta as associadas a igrejas (evangélicas ou católicas), mas também duas delas nomeiam figuras individuais de moradores dos territórios não vinculados a alguma instituição religiosa, por sua atuação e referência enquanto lideranças. Apenas uma ACS destaca a liderança territorial também em questões vinculadas à saúde exercida pelos comandos.

Sobre um olhar preliminar sobre as estratégias de respostas à COVID-19, grande parte das ACS mencionam dificuldades em relação ao isolamento social, devido à problemática da necessidade de desenvolver atividades econômicas informais. Relatam também que a maioria da população afetada diretamente pela infecção viral só buscam as unidades de saúde quando já estão em situação grave. As ACSs apontam a necessidade de instrução e de educação na saúde para que a procura pelo atendimento seja efetivada logo no início dos sintomas. Há entre as contadas uma preocupação principal com os identificados pelas mesmas como grupos de risco, citando especificamente os idosos. Uma delas ressalta que crianças abaixo dos 8 anos de idade apresentam em sua maioria apenas dor de cabeça, diarreia e mal-estar por cerca de dois dias. Sobre os óbitos no território, até aquele momento, ainda em trabalho remoto, a maioria das profissionais contadas não possuía muitos dados quantitativos. Não obstante a maioria eram casos de pessoas idosas e/ou possuidor de comorbidades.

Considerações finais

Esta primeira aproximação ao território denota a potencialidade que a atenção primária pode dispor para traçar ações e estratégias de enfrentamento a COVID-19 no Brasil. Através das ACS, identificou-se e mapeou-se de forma preliminar a infraestrutura sanitária da região, as complexas relações entre a segurança pública e os denominados comandos, responsáveis pelo comércio ilegal de drogas, bem como os principais sinais e sintomas mais característicos da COVID-19 entre crianças que inclusive são específicos daquele território e não estão identificados em documentos oficiais.

Refere-se a segurança das ACS como um fator que encontra-se em constante ameaça, seja por parte dos denominados comandos ou por parte da polícia militar, uma vez que há restrições na atuação da equipe devido as ações policiais ostensivas no território. Além das ruas caracterizadas a partir de pontes, palafitas, que têm sua configuração semelhante a um labirinto, as péssimas condições sanitárias da população atendida pelas ACS confirmam os poucos dados oficiais aqui apresentados. O vínculo, ou melhor, a amizade é identificada como fator que facilita o trabalho das ACS e garante segurança para atuar no território, mesmo os considerados mais perigosos. Também os perigos da pandemia parecem ser enfrentados pelas relações de solidariedade e amizade, frente às respostas hegemônicas que precarizam as ações de promoção e prevenção e atomizam a atenção no acesso das pessoas identificadas como doentes.

Neste sentido, o protocolo de enfrentamento a COVID19 na atenção primária de Macapá-AP atualizado em julho de 2020 denota uma biomedicalização claudicante, pois sequer constitui uma resposta completa do ponto de vista biomédico, como tampouco apresenta estratégias para um itinerário de cuidado que considere a precarização sanitária da população mais vulnerável e a dificuldade que essa apresenta em isolar-se. É oportuno a compreensão de que a realidade apresentada pelas ACS do território é atravessada por um conjunto de complexidades características das zonas periféricas amapaenses que compartilham algumas dessas dinâmicas sociais com outras regiões urbanas da Amazônia; cenário que num contexto pandêmico se ressignifica com múltiplas soluções adaptadas a um ambiente rico nas possibilidades aqui aventadas sobre a pesquisa-ação.

Referências:

¹Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha Informativa COVID-19 da OMS/OPAS Brasil. [internet] 2020 [acesso 2020 abr 26]. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.

²Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 8 - COE Coronavírus - 09 de abril de 2020. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Doença pelo novo Coronavírus 2019 (COE-COVID19). [internet] 2020 Abr [acesso 2020 abr 26]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/be-covid-08-final.pdf.pdf>

³Cabral KV. Belloc MM. Política, subjetividade e saúde: linhas de resistência e reinvenção. IN: Lemos FCS, Nascimento ML. Biopolítica e tanatopolítica: a agonística dos processos de subjetivação contemporâneos. Curitiba: CRV; 2019.

⁴Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colectiva. [internet] 2020 Mai [acesso 2020 jun 27] 16:e2615. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2020.v16/e2615/es>

⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 15 - COE Coronavírus - 08 de maio de 2020. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Doença pelo novo Coronavírus 2019 (COE-COVID19). [internet] 2020 Mai [acesso 2020 jun 27]. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/09/2020-05-06-BEE15-Boletim-do-COE.pdf>

⁶Santos BS. A cruel pedagogia do vírus. Coimbra: Almedina; 2020.

⁷Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Aglomerados Subnormais 2019: Classificação Preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19 – Nota Técnica. [internet] 2020 Mai. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101717_notas_tecnicas.pdf

⁸Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Informações de saúde: subsídios ao enfrentamento regional à COVID-19 – Nota Técnica. [internet] 2020 Mai. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/12cf546ecf4d11235dd776b8eb952c82.pdf

⁹Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública do PROCC/Fiocruz e EMap/FGV. Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras: 2º Relatório do Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública do PROCC/Fiocruz e EMap/FGV. [internet] 2020 Mar [acesso 2020 abr 26] Disponível em: <https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/tree/master>

¹⁰Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico-2010. [internet] 2010 [acesso 2020 abr 26]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/macapa/panorama>

¹¹Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. departamento de Atenção Básica. o trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

¹²Lancetti A. Clínica peripatética. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

¹³Merhy E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

¹⁴Saidón O. Devires da clínica. São Paulo: Hucitec, 2008.

¹⁵Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Rev. Educação e Pesquisa. [internet] 2005 Set-Dez [acesso 2020 jun 27. 31(3):443-466. Disponível em:

¹⁶Kemmis S. McTaggart R. Como planificar la investigación-acción. Barcelona: Laertes, 1988.

Como citar: Belloc MM, Sussuarana AC, Santos ACT, Monteiro BVB, Rodrigues ENR, Oliveira RS, Almeida VA. Estratégias de enfrentamento em saúde coletiva no contexto da COVID-19 para populações vulneráveis de Macapá-AP: resultados preliminares. **Saúde em Redes**. 2021;7 (Supl.1). DOI .

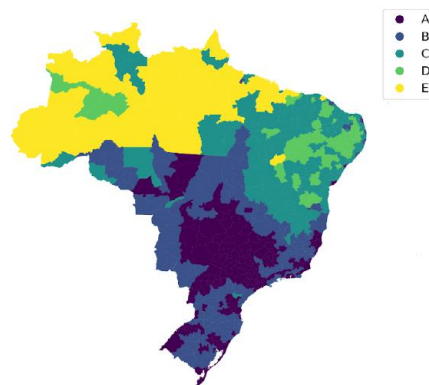
Recebido em: 30/12/2020

Aprovado em: 11/07/2021

ANEXOS

FIGURAS

Figura 1. Mapa por classificação das microrregiões em vulnerabilidade social: A e B são as microrregiões com melhores índices. C-D-E tem alta vulnerabilidade social.



Fonte: 2º Relatório do Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública do PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, 2020.