



Cartografia dos processos de trabalho na pandemia da COVID-19 em um Centro Especializado em Reabilitação da Paraíba

Cartography of work processes during the COVID-19 pandemic in a Specialized Rehabilitation Center in Paraíba

Juliana Sampaio

Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: julianasmp@hotmail.com; ORCID: 0000-0003-0439-5057

Daniella de Souza Barbosa

Doutora em Educação, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: daniella.77.fcm@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3533-146X

Matias Aidan Cunha de Sousa

Graduando de Medicina, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: matiascunha0@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8800-6826

Maria Fernanda de Britto Lyra

Graduanda de Medicina, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: mariafernandalyra@outlook.com; ORCID: 0000-0001-5125-3559

Daniele Alves Peixoto

Mestre em Psicologia e Saúde Mental, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil;
E-mail: danipeixoto89@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6906-5417

Tarcísio Almeida Menezes

Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: tarcisio.ufpb@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4230-6879

Luciano Bezerra Gomes

Doutor em Clínica Médica, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: lucianobgomes@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1957-0842

Resumo: Este artigo analisa, a partir de um processo cartográfico, os efeitos da pandemia de COVID-19 no processo de trabalho de um Centro Especializado em Reabilitação do tipo IV da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência na Paraíba. Buscou-se evidenciar os desafios e as invenções cotidianas para a garantia da oferta do cuidado durante o distanciamento físico imposto pela pandemia. As informações foram coletadas durante oito encontros remotos, conversas em grupos de Whatsapp® e análise de três documentos da instituição. No primeiro ano da pandemia, para evitar a transmissão da COVID-19, foram suspensas as atividades presenciais, com adoção do trabalho remoto e uso criativo das tecnologias de comunicação para possibilitar atendimentos remotos. Num segundo momento da pandemia, foi implementado o retorno gradual às atividades presenciais. Essas invenções apontaram/intensificaram desafios enfrentados pela instituição para a oferta do cuidado integral. Foi evidenciado o caráter caleidoscópico de práticas e fluxos instituídos, potencializando a autopoiese do cuidado, ao mesmo tempo em que observamos a adoção de ações que, apesar de funcionais para o

período de distanciamento físico, desfavoreceram o cuidado em ato e criaram barreiras de acesso. Mesmo assim, podemos dizer que tais invenções foram soluções capazes de sustentar um tipo de olhar da instituição sobre as condições de vida e saúde das Pessoa com Deficiência na pandemia.

Palavras-chave: COVID-19; Saúde da Pessoa com Deficiência; Serviços de Reabilitação.

Abstract: This article analyzes, from a cartographic process, the effects of the COVID-19 pandemic on the work process of a Type IV Specialized Rehabilitation Center of the Care Network for Persons with Disabilities in Paraíba. We sought to highlight the challenges and everyday inventions to guarantee the provision of care during the physical distance imposed by the pandemic. Information was collected during eight remote meetings, conversations in Whatsapp® groups and analysis of three institution documents. In the first year of the pandemic, to prevent the transmission of COVID-19, face-to-face activities were suspended, with the adoption of the home office and the creative use of communication technologies to enable remote assistance. In a second moment of the pandemic, the gradual return to face-to-face activities was implemented. These inventions pointed out/intensified the challenges faced by the institution in offering comprehensive care. The kaleidoscopic character of established practices and flows was evidenced, enhancing the autopoiesis of care, at the same time that we observed the adoption of actions that, despite being functional for the period of physical distancing, disadvantaged care in the act and created access barriers. Even so, we can say that such inventions were solutions capable of sustaining the institution's perspective on the living and health conditions of Persons with Disabilities during the pandemic.

Keywords: COVID-19; Health of the Disabled; Rehabilitation Services.

Introdução

As medidas sanitárias de prevenção e controle da pandemia de COVID-19 provocaram impactos nas ações e serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) do Sistema Único de Saúde (SUS), seja no âmbito da Atenção Básica, da Atenção Especializada (AE) e/ou da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. No âmbito da AE, apesar dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas, em todo o território nacional, terem que se adequar aos protocolos de prevenção da COVID-19, pouco se sabe sobre os efeitos dessas medidas na produção do cuidado nesses serviços já que a maior parte da produção científica se debruçou sobre as ações de gestão, vigilância e nas redes de atenção hospitalar¹.

Os desafios da AE na RCPD foram ainda maiores, pois não houve, inicialmente, consenso sobre a maior vulnerabilidade das pessoas com deficiência (PcD) à COVID-19². Entretanto, muitas PcD possuem quadros crônicos e multissistêmicos que as colocam em maior risco para COVID-19, além de estarem em contextos de vulnerabilidades produzidos por barreiras atitudinais, arquitetônicas e comunicacionais, potencializadas pelo contexto de crise epidemiológica, econômica, social e política que o Brasil atravessava³⁻⁴.

As medidas em resposta à pandemia que implicaram em decisões de transformar, adiar ou interromper os cuidados na AE da RCPD foram complexas e com efeitos sociais para aqueles momentos

e com impactos futuros. A interrupção das terapias ambulatoriais especializadas para PcD pode provocar declínios cinéticos, funcionais, intelectuais e/ou sensoriais, motivo pelo qual se buscou manter ao máximo o suporte cotidiano dos CER, observados os ajustes sanitários admissíveis⁵.

Laura Carvalho⁶ aponta que o mundo pós-pandemia começou a ser construído nas decisões que vinham sendo tomadas durante a própria pandemia. Na mesma direção, Bruno Latour⁷ convoca a pensar, a partir da interrupção forçada de boa parte das atividades produtivas, quais dessas atividades deveriam ser retomadas/ampliadas e quais deveriam se manter interrompidas por longo período ou mesmo jamais reativadas.

Em 18 de março de 2020, o Governo do Estado da Paraíba decretou a suspensão das atividades presenciais dos servidores estaduais, impactando diretamente no funcionamento de alguns serviços da RCPD, sendo reduzidas, modificadas e/ou canceladas ações e serviços ambulatoriais especializados em reabilitação para as pessoas com deficiência no estado⁸.

A Paraíba conta atualmente com 13 CER no estado. Esses serviços, cuja cobertura regional prevê ações de prevenção, diagnóstico e de reabilitação física, intelectual, visual ou auditiva para as pessoas com deficiência (PcD)⁹, podem ser habilitados em até 4 modalidades de acordo com o tipo de reabilitação que oferece. Dentre os CER da Paraíba, 8 são CER II, 2 é CER III e 3 são CER IV¹⁰. Assim, parece oportuno problematizar as invenções no cotidiano dos serviços da RCPD no contexto da COVID-19, e suas implicações no seu processo de trabalho. Neste texto, procuramos refletir sobre os efeitos dos planos de contingência, interrupção e retomada inicial das ações, produzindo visibilidades para as invenções que foram desencadeadas e que poderiam ter continuidade no mundo pós pandêmico. Para tanto, colocamos em análise os efeitos da pandemia da COVID-19 em um CER IV da RCPD na Paraíba buscando identificar as inovações que ele operou para garantir a continuidade do cuidado a usuários/as durante o ano de 2020.

Metodologia

Este estudo seguiu uma abordagem qualitativa, apostando num percurso cartográfico, aberto à imprevisibilidade, ou seja, construído no encontro com o campo de afetações, acompanhando percursos, implicações e sobreimplicações¹¹. A cartografia se singulariza frente a outras abordagens na pesquisa qualitativa pela ênfase nos processos de subjetivação, permitindo apreender as transformações micropolíticas operantes no território existencial de coletivos e analisar as linhas constitutivas de fluxos e cortes nos processos maquínicos que alinhavam os planos da realidade¹²⁻¹⁴. Nela, o pesquisador deve tomar uma posição criadora, buscando visibilizar acontecimentos e jogos de poder e afetos neles imbricados¹⁵.

A presente pesquisa se desenvolve num CER IV, ponto de atenção ambulatorial da RCPD em João Pessoa. Sob gestão estadual, este foi o primeiro CER da Paraíba habilitado pelo Ministério da Saúde nas quatro áreas de reabilitação: física, visual, auditiva e intelectual, com atenção aos transtornos do espectro autista (TEA), altas habilidades e superdotação^{8, 10, 16}.

Esse CER IV - o único nesta modalidade em João Pessoa - atende usuários de todo o estado da Paraíba. Possui uma complexa estrutura de gestão - contando com 460 funcionários/as - composta por duas diretorias: a Diretoria Executiva, responsável pelas atividades meio (coordenações financeira; de material e patrimônio; de informática; de gestão de pessoas; e apoio administrativo) e a Diretoria Técnica, responsável por todas os setores de atendimento aos/às usuários/as e familiares (Centro de Atendimento à Pessoa com Deficiência; Coordenadoria de Triagem e Diagnóstico; Coordenadoria de Educação Integrada; Coordenadoria de Atendimento à Pessoa com Deficiência Intelectual; Coordenadoria de Atendimento à Pessoa com Deficiência Auditiva; Coordenadoria de Atendimento à Pessoa com Deficiência Física; Coordenadoria de Atendimento à Pessoa com Deficiência Visual; Coordenadoria de Treinamento, Produção e Ensino Profissionalizante; Núcleo de Vivência em Artes; Núcleo de Educação Física e Desportos; Núcleo de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação)¹⁰.

Embora estivéssemos realizando pesquisa presencial desde 2019, neste CER VI, acompanhando semanalmente os processos de trabalho nos diversos setores do serviço, com o distanciamento físico imposto pela pandemia novas estratégias foram criadas. Assim, foram realizados encontros virtuais mensais, de março a dezembro de 2020, através da ferramenta *Google Meet*[®], com média de duas horas de duração, com oito trabalhadoras que desempenhavam funções de gestão e/ou de reabilitação no CER IV, e que atenderam ao convite de dar continuidade às atividades da pesquisa de forma remota. Para dinamizar os encontros virtuais e aquecer as discussões, a equipe de pesquisa iniciava as atividades oferecendo uma música, um poema ou um vídeo. A partir daí, as conversações corriam livremente, sendo mediadas pelo próprio grupo. Todos os encontros foram gravados e posteriormente processados pela equipe de pesquisa, que analisou o compartilhamento das vivências e as discussões sobre os efeitos da pandemia no processo de trabalho da equipe.

Em paralelo, foi criado um grupo de mensagens no aplicativo *Whatsapp*[®] entre as oito trabalhadoras do CER IV e os/as pesquisadores/as, para discussão dos processos vividos e das invenções no cotidiano do serviço frente à pandemia, como também planejar/agendar os encontros remotos, constituindo as trabalhadoras em guias do nosso caminhar cartográfico. Seixas et al.¹⁷ apresentam como um importante o conceito-ferramenta da cartografia o “usuário-cidadão-guia”, a partir do qual nos apontam:

[...] parte de uma aposta ético-metodológica na qual a centralidade da experiência vivida pelo usuário desloca o olhar do investigador no sentido de assumir a perspectiva do usuário, no governo de si, como referência para os sentidos que devem ser dados às práticas de saúde^{17:3}.

A partir dele, produzimos o conceito-ferramenta “trabalhadora-guia” para dar visibilidade e dizibilidade aos fluxos de intensidades produzidos pelas trabalhadoras, que inventam modos de regulação e criação do mundo do trabalho, considerando suas singularidades, dificuldades e potencialidades na produção de seus devires profissionais.

Por fim, constituíram-se como importantes fontes cartográficas os documentos produzidos pela Direção do CER IV, que nos foram apresentados pelas trabalhadoras-guias, sendo eles: 1. o “Plano de Contingência do CER IV diante da Emergência de Saúde do Novo Coronavírus (COVID-19)” de abril de 2020, para orientação de trabalhadores/as, usuários/as e da comunidade em geral acerca da oferta prioritária de teleatendimentos; 2. o “Plano de Retomada do CER IV Pós-Crise COVID-19” de agosto de 2020, para reorientação do público sobre o progressivo retorno dos atendimentos presenciais, de acordo com as novas medidas sanitárias estaduais de flexibilização do distanciamento físico; e 3. o “Relatório Anual de Gestão – CER IV 2020” de dezembro de 2020, que apresenta as ações do centro durante o primeiro ano da pandemia.

Os materiais produzidos a partir das interações com as trabalhadoras e da análise dos documentos acima listados foram processados no grupo de pesquisa e discutidos com as trabalhadoras-guias, à luz do referencial teórico que sustenta este estudo. O presente artigo tem como foco prioritário as produções do ano de 2020, momento em que o CER se organizava para se adequar às exigências impostas pela COVID-19.

O estudo atendeu às exigências éticas do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas com seres humanos, sendo fruto da pesquisa nacional “Análise da implantação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência - os usuários, trabalhadores e gestores como guias”, aprovada na Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPCD Nº 35/2018, sob Processo Nº 442816/2018-9, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Campus Macaé, Brasil, com o CAAE Nº 17725919.2.1001.5699. Assim, todas as pessoas participantes da pesquisa concordaram em participar dela, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

As invenções cotidianas para a garantia do cuidado no CER IV durante o distanciamento físico imposto pela pandemia de COVID-19

Entre 18 de março (data do decreto estadual da Paraíba para a suspensão das atividades presenciais dos servidores estaduais) e 05 de abril de 2020, os/as trabalhadores/as do CER IV realizaram, por meio de trabalho remoto, ligações telefônicas para desmarcar consultas e comunicar a suspensão dos atendimentos presenciais no CER IV. O único serviço mantido presencialmente foi a emissão de laudos de usuários/as avaliados/as pré-pandemia. Nos 15 dias subsequentes, devido ao aumento dos casos de COVID-19 no estado, a instituição concedeu férias coletivas aos/as trabalhadores/as, suspendendo completamente suas atividades de trabalho remoto e de emissão de laudos.

Durante as férias coletivas, apenas a equipe gestora da instituição continuou em trabalho remoto, para elaborar o "Plano de Contingência do CER IV diante da emergência de saúde do novo Coronavírus (COVID-19)"⁸. Após as férias coletivas, os/as trabalhadores/as discutiram a execução do Plano por meio de oficinas remotas e, após deliberação da viabilidade das propostas, ajustes foram feitos no Plano que foi publicado na versão final em 24 de abril de 2020.

Assim, o CER adotou o trabalho remoto, ou seja, o trabalho realizado na residência do/a trabalhador/a¹⁸, seguindo vários setores da economia local. Segundo a Agência Brasil¹⁹, 46% das empresas brasileiras adotaram o trabalho remoto como um arranjo eventual durante a pandemia.

O plano de contingência - que vigorou até 12 de junho de 2020 - preconizou a implementação de atividades remotas em plataformas virtuais, denominadas teleatendimento e telemonitoramento, através de diferentes dispositivos eletroeletrônicos (chamadas telefônicas; mensagens de texto; aplicativos de mensagens como *Whatsapp*[®] ou *Telegram*[®]; redes sociais - tipo *Instagram*[®] e *Facebook*[®]; e videochamadas - via *Google Meet*[®]). Nos teleatendimentos, eram realizados contato com usuários/as e familiares para dar informações/orientações sobre as ações de cuidado para evitar contágio do vírus, realização dos atendimentos remotos e liberação de laudos clínicos; já no telemonitoramento, eram feitos contatos virtuais para habilitação e/ou adaptação de órtese e próteses, em especial de aparelhos auditivos.

Trabalho remoto e novos arranjos laborais

Segundo Lemos, Barbosa e Monzato²⁰, o trabalho remoto apresenta vantagens como a redução dos custos com o transporte casa-trabalho e o autogerenciamento do tempo entre as atividades domésticas e profissionais, contudo, também tende à superindividualização e aumento da carga horária do trabalho. Além disso, é necessário destacar que a sua adoção, nessas

circunstâncias pandêmicas, expressou uma organização abrupta e precária com consequências ao mundo do trabalho em si.

As trabalhadoras-guias narraram grande estresse e angústia frente às novidades tecnológicas impostas, mesmo para aquelas que tinham familiaridade com o trabalho remoto. Elas apontaram a falta de orientação técnica para realização dos atendimentos através dos aplicativos e a sobreposição das demandas profissionais com as domésticas.

Guilland *et al.*²¹ apontam que os impactos na saúde mental advindos do distanciamento físico imposto pela COVID-19 foram mais incidentes nos corpos femininos, chegando a quase cinco vezes mais que nos homens, pelo entrelaçamento das atividades laborais e domésticas, promovendo aumento de depressão e ansiedade. Os autores apontam a dificuldade de estabelecer uma etiqueta digital capaz de definir os horários para oferta de atendimento virtual.

A importância de adoção da etiqueta digital foi apontada pelo Ministério Público do Trabalho²², como medida fundamental para dirimir os efeitos do trabalho remoto sobre as condições de vida de trabalhadores/as da educação, em especial no contexto da COVID-19. Sobre o assunto, o referido órgão indica a adoção de:

[...] modelos de etiqueta digital em que se oriente alunas(os), responsáveis, supervisoras(es) e diretoras(es), com especificação de horários para atendimento virtual da demanda, assegurando os repousos legais, o direito à desconexão do corpo docente e a compatibilidade entre a vida familiar e profissional^{22:6}.

No presente estudo, essa dificuldade se agravou porque o contato com os/as usuários/as exigia a disponibilidade de equipamento e de conectividade que muitas vezes dependiam de empréstimos (por parte de familiares, vizinhos/as, amigos/as etc.), o que acontecia à noite e fora do horário de funcionamento do CER. Além disso, a falta de subsídios financeiros para aquisição de equipamentos, conectividade com a internet e outras ferramentas, além de custos com energia elétrica, entre outros, produziu uma sobrecarga financeira para os/as trabalhadores/as, assim como ocorreu com vários/as outros/as trabalhadores/as que assumiram o trabalho remoto durante a pandemia, em diversos setores laborais²³.

Por esses motivos, ficou evidente que eram imprescindíveis tanto para a qualidade do trabalho exercido, quanto para a saúde mental dos/as trabalhadores/as, medidas como: definir horários para atendimento virtual, assegurando intervalos de repousos; oferecer apoio no uso das novas tecnologias digitais; e garantir condições necessárias de espaço, equipamento e conectividade para desenvolvimento das atividades.

O trabalho remoto e a garantia do acesso ao cuidado

Como consequência da baixa inclusão digital da população, o teleatendimento produziu barreira de acesso para muitos/as usuários/as que não possuíam aplicativos de troca de mensagens instantâneas ou linhas de telefones fixos ou móveis, notadamente aqueles/as mais empobrecidos/as e em situações de maior vulnerabilidade. Vale destacar que, no contexto de isolamento físico imposto pela pandemia de COVID-19, as PcD tiveram seus contextos de vulnerabilidades potencializados, tornando-se mais suscetíveis a agravos de saúde e de desproteção social²⁴.

Assim, a equipe do CER precisou reinventar ações de busca ativa de usuários/as, acionando redes formais e informais, a exemplo do contato com vizinhos e secretarias municipais de saúde. Tais alternativas constituíram a produção de um novo jeito de se co-responsabilizar pela garantia do acesso, com a articulação de pessoas e pontos de redes não acionados anteriormente:

(...) a gente teve muito trabalho para encontrar pessoas que a gente não estava conseguindo contato (...), a gente tem um grupo de famílias que muda muito o número de celular (...) de certa forma, a gente acessou só quem tinha uma certa condição, quem não tinha área no celular a gente marcava um dia e horário com o reabilitador e mandava procurar um lugar da cidade que tinha sinal. Tinha mães que iam à casa do vizinho para ver se usava o wi-fi naquele momento. Então a gente teve questão de acesso, flexibilizou o acesso para algumas pessoas, mas como dificuldade a questão de encontrar alguns, foram barreiras geográficas mesmo a dificuldade no acesso também a meios de informática. (Trabalhadora-guia 01)

Autores como Dorsey e Topol²⁵ evidenciam que as ofertas digitais em saúde, como a telemedicina, serão cada vez mais utilizadas, transportando o cuidado do ambiente clínico para o domiciliar, e o atendimento presencial para o virtual. Contudo, os autores destacam que, para isso, é preciso que haja uma política de democratização de acesso aos equipamentos de tecnologias informativas, bem como de educação digital, tanto para trabalhadores/as, quanto para usuários/as. De acordo com Macedo²⁶, na pandemia as desigualdades sociais se expressaram nas desigualdades digitais, pois além da necessidade de acesso à internet e posse de aparelhos digitais adequados, nem todas as pessoas possuíam o conhecimento para usá-las adequadamente, principalmente quando se refere às pessoas com múltiplas deficiências. Isso afetou diretamente o acesso das PcD às ações de saúde que passaram a ser ofertadas de modo virtual.

No contexto do CER IV, o dispositivo de comunicação mais eficiente e ágil foi o aplicativo de mensagem *Whatsapp*[®] e, em segundo lugar, o *Telegram*[®], pois muitas operadoras de telefonia móvel ofereciam acesso gratuito a essas ferramentas. Através de tais aplicativos, foram criados grupos de trabalhadores/as, grupos de usuários/as e grupos mistos (trabalhadores/as e usuários/as), nos quais a comunicação e/ou execução das ações e serviços de reabilitação se dava predominantemente pelo envio de mensagens de áudio e/ou de texto e até vídeos. Em alguns casos,

quando o/a usuário/a contava com uma melhor conexão com a internet, eram realizados atendimentos por videoconferência pelo *Google Meet*[®]. A utilização de aplicativos gratuitos para finalidade terapêutica foi uma realidade amplamente explorada tanto pelos usuários/as e familiares quanto pelas equipes reabilitadoras do CER IV para a construção de um novo lugar para a produção do cuidado às PcD em tempos de distanciamento físico. As redes de comunicação produzidas fizeram furos nas barreiras tecnológicas, de acesso, de tempo e de espaço, dando visibilidade às necessidades de saúde das PcD.

Mesmo com as barreiras tecnológicas enfrentadas por trabalhadores/as e usuários/as, segundo dados do CER IV, foram mantidos 75% dos atendimentos realizados antes da pandemia, apesar de nem todas as coordenadorias de reabilitação conseguirem manter o número de atendimentos. Houve uma média mensal de 3.000 pessoas atendidas de maneira remota, seja por meio da oferta de teleatendimento ou telemonitoramento em reabilitação, serviços de diagnóstico, acesso ao passe livre e encaminhamentos ao mercado de trabalho¹⁰. Tal percentual evidencia a relevância das TIC para a continuidade do cuidado nas circunstâncias pandêmicas. Apostas similares de interação virtual foram desencadeadas em diversas cidades do Brasil e em outros países²⁷.

Além disso, outras invenções foram postas em cena em busca de desburocratizar fluxos de encaminhamentos de materiais e de informações, como a emissão remota de laudos; a marcação de consultas por ligação telefônica ou mensagens de textos; e a orientação para a programação do aparelho de amplificação sonora auditiva de forma remota. Serviços que antes eram realizados exclusivamente de forma presencial, que implicavam no deslocamento físico dos/as usuários/as de outros municípios, e no investimento de recursos financeiros e de tempo (que nem sempre dispunham) para, por exemplo, pegar um documento (laudo, passe livre ou encaminhamento), puderam ser resolvidos virtualmente. Assim, o CER IV produziu criativamente soluções para diminuir barreiras para a oferta de ações e serviços, que também desburocratizaram alguns protocolos institucionais, diminuindo barreiras geográficas de acesso.

Apesar de não existirem indicadores objetivos que avaliem o impacto do trabalho remoto na qualidade dos atendimentos, as trabalhadoras-guias consideraram positiva sua implementação. Rocha et al.²⁸ apontam que o uso dos aplicativos gerou novas formas de comunicação, de vínculo e de produção do cuidado para aqueles/as usuário/as com inclusão digital, que tiveram maior participação em seu projeto terapêutico, com maior implicação e responsabilização no tratamento. Para esses, os aplicativos favoreceram a acessibilidade, mobilidade, capacidade contínua de transmissão de informações, por muitas vezes em tempo real, além de uso de multimídia e geolocalização.

Para mim teve êxito [o trabalho remoto] porque a gente conseguiu contactar muita gente. A gente conseguiu trabalhar a autonomia das pessoas, porque a gente pensou que ia ter muito mais situação de crise comportamental, que as famílias iriam trazer muito mais queixas em relação a este processo. Como foi ofertado primeiro a escuta, o acolhimento e a partir daí a construção desse processo de trabalho novo com as famílias e foi verdadeiramente parceiro, veio a demanda delas e a gente foi construindo o que podia. (Trabalhadora-guia 01)

Novas organizações do trabalho em construção

No âmbito da organização do processo de trabalho, um desafio imposto foi a criação e pactuação de novas ferramentas de registro digital das atividades realizadas, já que até então os registros eram manuais nos prontuários. Frente a essa necessidade, as gestoras da Coordenadoria de Atendimento à Pessoa com Deficiência Visual criaram um formulário no *Google Forms*® para ser preenchido pelos/as profissionais a cada teleatendimento. Essa ferramenta além de permitir o registro sem o acesso físico aos prontuários, iniciou um processo de informatização desses dados, que permitiu melhor consolidação em planilhas de *Excel*®. Esse formulário foi paulatinamente adotado pelas demais coordenadorias do CER IV, ainda em maio de 2020, evidenciando o compartilhamento das experiências e invenções exitosas no serviço.

Outro desafio foi a construção dos critérios para mensuração do tempo dos teleatendimentos, pela dificuldade de delimitar o início e o fim deles, tendo em vista as várias modalidades utilizadas (ex. videochamadas, teleconferências, chamadas telefônicas e/ou produção de vídeos com orientações aos cuidadores). Isso porque o tempo de interação entre usuários/as e trabalhadores/as dependia do acesso à internet dos/as usuários/as e do horário de trabalho dos/as reabilitadores/as. Não era incomum que as interações durassem vários dias, entre as mensagens enviadas.

Assim, foi pactuado o registro do tempo-trabalho despendido para resolver as demandas do atendimento remoto (por exemplo: receber a demanda, contactar outros/as profissionais e dar retorno ao/à usuário/a) e não meramente o tempo cronológico entre o primeiro e último contato entre as pessoas. Mesmo que um atendimento demorasse dias para ser finalizado, eram contabilizadas as horas trabalhadas para seu desfecho. Nesse caso, as videochamadas, teleconferências, chamadas telefônicas e/ou vídeos com orientações aos cuidadores tinham duração média de 40 minutos, em uma tentativa de seguir o cronograma de atendimento individual do modelo presencial.

Outro desafio imposto pelos novos modos de atendimentos e de registros instituídos foi a divergência de terminologias do trabalho remoto realizado pelas diferentes coordenadorias. Não houve definição precisa sobre termos como teleatendimento e telemonitoramento, os quais foram

utilizados por diferentes coordenadorias de modos heterogêneos. Além de dificultar a consolidação das informações, essa diferença terminológica expressou a falta de comunicação e articulação das equipes.

A virtualidade e a produção de novas cenas de cuidado

Nos meandros do trabalho remoto, pudemos perceber, ainda, uma mudança significativa na cena do cuidado terapêutico, com a entrada intensa das mães, que na sociedade patriarcal brasileira são as principais cuidadoras das PcD²⁹, como corpo-mediador dos procedimentos terapêuticos orientados por meio dos aplicativos.

A partir das vivências e produções de cuidado das mães de PcD, Menezes et al²⁷ germinaram o conceito-ferramenta mãe-guia, que permite cartografar o cuidado exercido predominantemente pela mulher-mãe, sustentado na construção patriarcal do cuidado como um atributo da mulher, que naturaliza e romantiza o excesso de trabalho feminino e a ausência do homem-pai nesta função, sob anuência do próprio agir profissional na saúde³⁰.

Assim, atividades como estimulação precoce, estímulo às habilidades artísticas, cognitivas, comunicativas e comportamentais, atividades de vida diária, entre outras, só foram possíveis de forma virtual por meio da mediação das mães-cuidadoras. Na impossibilidade de contato físico do/a terapeuta com o/a usuário/a, foi convocada a entrada de uma terceira pessoa na cena, ou seja, uma outra pessoa capaz de manejar o corpo da PcD sob intervenção terapêutica, sendo está um simulacro ou extensão do corpo do/a profissional, barrado pelo distanciamento físico do trabalho remoto.

Como efeito, muitas mães que apenas assistiam às intervenções terapêuticas presenciais, ou mesmo aguardavam a realização dos atendimentos do lado de fora da sala do terapeuta no período de pré-pandemia, agora estavam co-protagonizando a cena do cuidado. Essa mudança produziu atravessamentos nos corpos de usuários/as, cuidadores/as e terapeutas, tendo em vista a inversão do protagonismo na produção do cuidado à PcD do reabilitador para o/a cuidador/a.

Esta novidade merece futuros estudos que identifiquem seus efeitos nas relações de poder e afeto de cuidadores/as com seus/suas filhos/as PcD e/ou com profissionais de saúde na disputa de projeto terapêutico, e no acúmulo de responsabilidades e trabalho para si. De qualquer forma, essa mudança no papel das cuidadoras no teleatendimento desvela uma alteração na cena do cuidado: se durante o atendimento presencial, havia o predomínio do saber-fazer dos terapeutas e os/as cuidadores/as eram meros/as espectadores/as das ações de reabilitação; durante o atendimento remoto, a família viabiliza as ações terapêuticas, resgatando perspectivas do modelo assistencial sociocultural e ecológico³¹.

Além disso, a virtualidade exerceu efeitos intensos na aproximação de terapeutas com os territórios existenciais das PcD. Uma pessoa que frequentemente só tomava corporeidade para o/a terapeuta quando entrava na sala de atendimento do CER IV, agora chegava na cena terapêutica trazendo sua casa, as pessoas que compartilhavam sua residência e suas idiossincrasias familiares.

O contexto sociocultural, ecológico e econômico²⁴ ficou ainda mais escancarado e produzindo interferências no encontro terapeuta-usuário/a. A posição das famílias como recurso de intervenção terapêutica ganha importância durante o atendimento remoto, e o sistema familiar – e não mais o sistema de organização do serviço – se torna o eixo primário na produção do cuidado. Esse acontecimento na cena do cuidado teve efeitos importantes sobre sua produção, na medida em que trouxe para o encontro a PcD com suas singularidades biopsicossociais - enfrentando barreiras atitudinais, arquitetônicas, urbanísticas, comunicacionais e tecnológicas produzidas por uma sociedade excludente - e não apenas seu corpo marcado pelo impedimento de natureza física, sensorial e/ou comportamental que precisa ser reabilitado.

A percepção que eu tenho é essa, porque muitas vezes você fica só naquele diálogo e você tenta visualizar uma coisa doméstica, uma situação doméstica, mas a gente não tem a realidade de quais são as dificuldades de lá, que situação de vulnerabilidade, de acesso, de material. E o que foi muito legal neste processo, foram os profissionais também relatarem isso, 'poxa a gente tava dentro da casa de fulaninho, ele aprendeu fazer tal atividade dentro de uma bacia de debulhar feijão' (Trabalhadora-guia 01).

O retorno paulatino ao presencial e um futuro a ser construído

A partir de julho de 2020, frente a flexibilização do isolamento social pela Prefeitura Municipal de João Pessoa e pelo Governo do Estado da Paraíba, permitindo abertura paulatina de estabelecimentos públicos e privados, além da queda na participação do/as usuários/as nos atendimentos remotos, o CER IV elaborou o seu "Plano de Retomada Pós-Crise COVID-19"¹⁶. Tal plano, iniciado em julho e finalizado em outubro de 2020, instituiu uma volta paulatina dos atendimentos presenciais, em três fases: nos 60 primeiros dias - retomada de 30% da capacidade do serviço, sem atividades em grupo e buscando reagendar cerca de 600 consultas para diagnóstico canceladas anteriormente. Após 60 dias do início do plano - retomada de 60% da capacidade de atendimentos individuais, com agendamento de novos/as usuários/as e as atividades em grupo permitidas (com até 50% do número anterior de usuários/as); e, após 90 dias do início do plano - retomada de 100% da capacidade do serviço, com atendimentos individuais e em grupos¹⁶.

Usuários/as e trabalhadores/as com risco acrescido para COVID-19 (idosos/as, gestantes, lactantes, com imunodeficiência ou doença crônica grave), com sintomas gripais ou que coabitassem com pessoas nessas condições, continuaram no trabalho remoto. Além disso, alguns/mas usuários/as e familiares, pela vulnerabilidade de sua bioidentidade, ou seja, por sua cidadania ser

expressa primeiramente por relações sociais estigmatizantes frente à sua condição biológica³², preferiram também permanecer em teleatendimento.

Com essa retomada, as ações realizadas no período pré-pandêmico foram sendo reestabelecidas, mas sendo continuadas as invenções do período pandêmico, relatadas neste estudo. Isso resultou na intensificação do trabalho da equipe, que teve que se dividir em atividades presenciais e remotas, ou seja, em trabalho híbrido.

Devido ao tempo da presente pesquisa, não foi possível acompanhar a equipe deste CER IV após a retomada total das atividades presenciais, não sendo possível analisar quais das invenções produzidas foram mantidas, modificadas ou abandonadas. Por esse motivo, torna-se emergente a provocação de Bruno Latour⁷ sobre o que será feito com as experiências do período pandêmico. O que será aprendido com elas? Serão retomados os antigos modos de viver ou buscar-se-á ressignificar e recriar novos outros? Após serem acompanhados os movimentos de criação cotidiana no mundo do trabalho e do cuidado no CER IV da Paraíba, ficam em abertas algumas questões cujas respostas só podem ser construídas pelas pessoas que trabalham, gerem e acessam este serviço.

Considerações finais

É fato que a pandemia estabeleceu novas invenções para a organização do trabalho. No CER IV em análise, destacaram-se a organização abrupta e sem preparação do trabalho remoto, a (re)invenção do uso de aplicativos de comunicação (*WhatsApp*®, *Telegram*®, *Google Meet*®) como ferramentas terapêuticas, o acionamento de novos atores nas redes de proteção social dos/as usuários/as, a mudança de cenário e de protagonistas na oferta do cuidado e a informatização dos registros de atendimento, mesmo sem o prontuário eletrônico. Ao analisarmos os efeitos dessas invenções, evidenciamos que elas foram produzidas mediante a interrupção forçada de grande parte das atividades de diagnóstico e reabilitação e se pautaram na emergente necessidade do serviço em evitar a total desassistência de pessoas que, historicamente, encontram-se em vulnerabilidade social.

Se o mundo que aflora após a pandemia foi construído nas decisões tomadas em seu transcurso⁶ e tomando como base a análise do trabalho produzido no CER IV deste estudo, podemos dizer que tais invenções foram soluções capazes de sustentar algum olhar da instituição sobre as condições de vida e saúde das PcD na pandemia. Todavia, a temporalidade deste estudo não permitiu analisar o que ocorreu com tais invenções no atendimento presencial de 2021 em diante. Desse modo, parecem oportunos novos estudos sobre quais dessas invenções foram desativadas, mantidas e mesmo ampliadas e quais seus efeitos na produção do cuidado às PcD.

Referências

1. Nedel FB. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca!. APS em Revista, v. 2, n. 1, p. 11-16, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.68>. Disponível em <https://apsemrevista.org/aps/article/view/68>. Acesso em 17 set. 2022.
2. Hashemi G, Kuper H, Wickenden M. SDGs, Inclusive Health and the path to Universal Health Coverage. Disability and The Global South. Disability and the Global South, v. 4, n. 1, p. 1088-1111, 2017. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/111026125.pdf>. Acesso em 17 set. 2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, 2020a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020a.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica Nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus(2019-nCoV). Brasília, 2020b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 27 abr. 2020b.
5. Bettger JP, et al. COVID-19: maintaining essential rehabilitation services across the care continuum. BMJ global health, v. 5, n. 5, p. e002670, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002670>. Disponível em https://gh.bmj.com/content/5/5/e002670?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=BMJ_TrendMD_0. Acesso em 27 ago. 2021.
6. Carvalho L. Curto-circuito: O vírus e a volta do Estado. São Paulo: Todavia, 1ª ed., 2020, 144 p.
7. Latour B. Imaginar gestos que barrem o retorno da produção pré-crise. Tradução: Déborah Danowski e Eduardo Viveiros de Castro, 2020. Disponível em <https://www.n-1edicoes.org/textos/28>. Acesso em 16 ago. 2021.
8. Paraíba. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência. Plano de Contingência da FUNAD diante da Emergência de Saúde do Novo Coronavírus (COVID-19). João Pessoa: FUNAD, 2020a.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: . Acesso em: 06 fev. 2023.
10. Paraíba. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência. Relatório Anual de Gestão. João Pessoa: FUNAD, 2020b.
11. Barros RDB, Passos EA. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E. Kastrup VLE.. (Org.). Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 1a ed. Porto Alegre: Sulina, 2009, v., p. 17-31.
12. Deleuze, G; Guattari, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Volume 3. Tradução de Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. Rio de Janeiro: ed. 34, 1996.
13. Deleuze, G; Guattari, F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia 1. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2010.
14. Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface (Botucatu) [Internet]. 2011Jul;15(38):663–76. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037>
15. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.
16. Paraíba. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência. Plano de Retomada da FUNAD Pós-Crise COVID-19. João Pessoa: FUNAD, 2020c.

17. Seixas CT et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e170627, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZdCZGwKByR9SjpYStHnJLg/?lang=pt>. Acesso em 17 set. 2022.
18. OIT. Organização Internacional do Trabalho. Relatório da OIT destaca oportunidades e desafios na expansão do trabalho a distância. 2017. Disponível em <https://nacoesunidas.org/trabalhando-a-qualquer-hora-em-qualquer-lugar-novo-relatorio-destaca-oportunidades-e-desafios-na-expansao-do-trabalho-a-distancia/>. Acesso em 20 mar. 2022.
19. Agência Brasil. *Home office* foi adotado por 46% das empresas durante a pandemia. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-07/home-office-foi-adotado-por-46-das-empresas-durante-pandemia>. Acesso em 20 mar. 2022.
20. Lemos AHC, Barbosa AO, Monzato PP. Mulheres em home office durante a pandemia da covid-19 e as configurações do conflito trabalho-família. *Revista de Administração de Empresas*, v. 60, p. 388-399, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020200603>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rae/a/9WS6pYzLdhWY6qWwDXTKTsN/abstract/?lang=pt>. Acesso em 17 set. 2022.
21. Guilland R, Klokner SGM, Knapik J, Croce-Carlotto PA, Ródio-Trevisan KR, Zimath SC, et al.. Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 20, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00186>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/dZX44RT5LZD8P5hBFDyZYVQ/#:~:text=Houve%20associa%C3%A7%C3%A3o%20significativa%20entre%20desfechos,se%20preocupado%20com%20a%20pandemia>. Acesso em 17 set. 2022.
22. Brasil. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Geral do Trabalho. Nota técnica: GT COVID 19: 11/2020. Brasília: MPT/PGT, 2020. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/documentos/notatecnica25062020.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.
23. Damiance PRM, Tonete VLP, Daibem AML, Ferreira M de L da SM, Bastos JR de M. Formação para o SUS: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, p. 699-721, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00014>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/CGzJcBGzSHGSGvRMctFRNGD/?lang=pt>. Acesso em 17 set. 2022.
24. Saldanha, JHS, Almeida MMC de. Pessoas com deficiência na pandemia da COVID-19: garantia de direitos fundamentais e equidade no cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00291720>. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37n9/e00291720/>. Acesso em 17 set. 2022.
25. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *The Lancet*, v. 395, n. 10227, p. 859, 2020. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30424-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30424-4). Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171399/>. Acesso em 17 set. 2022.
26. Macedo RM. Direito ou privilégio? Desigualdades digitais, pandemia e os desafios de uma escola pública. *Estudos Históricos Rio de Janeiro*, vol 34, nº 73, p.262-280, Maio-Agosto 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2178-149420210203>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/eh/a/SGqJ6b5C4m44vh8R5hPV78m/?lang=pt>. Acesso em 06 fev. 2023.
27. Celuppi IC, Lima G dos S, Rossi E, Wazlawick RS, Dalmarco EM. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2021;37(Cad. Saúde Pública, 2021 37(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>
28. Rocha, FS, Santana EB, Silva ES da, Carvalho JSM, Carvalho FLQ. Uso de apps para a promoção dos cuidados à saúde. *Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas à Educação e Saúde*. 2017 Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/3832>. Acesso em 20 mar.2022.
29. Menezes TA, Sampaio J, Barbosa DS, Peixoto DA, Gomes LB. Mãe-guia: uma construção metodológica para a cartografia de produções de cuidado. In: Valença AMG, Forte FDS. (org.). *Diálogos em saúde coletiva: avaliação, trabalho e educação*. João Pessoa: Editora UFPB, 2020. Cap. 11, p. 180-199.

30. Menezes TA, Sampaio J, Barbosa DS, Gomes LB, Peixoto DA, Sousa MAC de. Caminhos do Cuidado de si e para uma criança com deficiência: Cartografando Movimentos Construídos por uma Mãe-Cidadã-Usuária-Guia In: Bertussi, D. C. et al. (org.). O CER que Precisa Ser: os desafios perante as vidas insurgentes. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2021. p. 51-62.
31. Krameck K, Nascimento GCC do. A orientação à família de pessoas com deficiência visual como recurso de intervenção do terapeuta ocupacional. Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 26, n. 1, p. 128-135, 2015. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p128-135>. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/84459>. Acesso em 17 set. 2022.
32. Rabinow, P. Artificiality and Enlightenment: from Sociobiology to Biosociality. In: Zone. Nova York, 1992. p. 234-252.

Como citar: Sampaio J, Barbosa DS, Sousa MAC, Lyra MFB, Peixoto DA, Menezes TA, et al. Cartografia dos processos de trabalho na pandemia da COVID-19 em um Centro Especializado em Reabilitação da Paraíba. **Saúde em Redes**. 2023;9(2). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n2.4107

Submissão: 17/02/2023

Aceite: 13/06/2023