



**ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANNE EVELYN GOMES SERRA**

**TELECONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**DURANTE A PANDEMIA COVID-19: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**

**FORTALEZA – CEARÁ**  
**2023**

ANNE EVELYN GOMES SERRA

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
DURANTE A PANDEMIA COVID-19: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cláudia de Souza Leite.

FORTALEZA-CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Estadual do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Serra, Anne Evelyn Gomes.

Teleconsulta de enfermagem na estratégia  
saúde da família durante a pandemia covid-19:  
potencialidades e desafios [recurso eletrônico] /  
Anne Evelyn Gomes Serra. - 2023.  
93 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) -  
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências  
da Saúde, Curso de Programa de Pós-graduação Em  
Saúde da Família - Mestrado Profissional,  
Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Claudia de Souza  
Leite.

1. Saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3.  
Enfermagem. 4. Consulta remota. 5. Pandemia. I.  
Título.

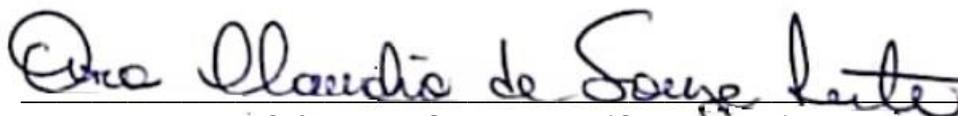
ANNE EVELYN GOMES SERRA

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
DURANTE A PANDEMIA COVID-19: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

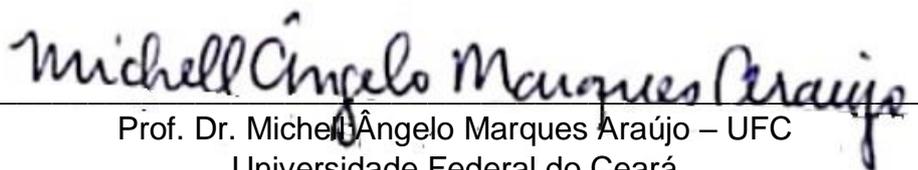
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 23 de fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Ana Cláudia de Souza Leite (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Michel Ângelo Marques Araújo – UFC  
Universidade Federal do Ceará



Prof.ª Dr.ª Fernanda Rochelly do Nascimento Mota  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

A Deus, por me permitir concluir esse mestrado em um momento bastante difícil de enfrentamento da Pandemia COVID-19, e por me tornar forte e corajosa.

Eternamente grata.

## **AGRADECIMENTOS**

Especialmente, a DEUS por sua infinita graça, bondade e misericórdia.

À minha família que de forma direta ou indireta esteve sempre comigo (GOMES e SERRA).

Aos meus pais, Lúcia e Jucelino, pelo encorajamento, força e orações.

Aos irmãos, Bruno e Henrique, pela torcida.

À sobrinha Maria Isis, princesa da tia.

À minha orientadora, Prof. Dra. Ana Cláudia de Souza Leite, por ter acreditado em mim e ter sido uma grande parceira na realização dessa conquista.

A todos os amigos do mestrado, aqui representados por Ednaiane, Hanna, One e Rosana.

Aos amigos, Luis Rocildo e Reangela Cintia, pelo incentivo, apoio e contribuições.

Aos membros da minha banca examinadora, por terem aceitado participar e contribuir com valiosas considerações.

A todos que acreditaram, vibraram e torceram por mim, amigos de longa data e os recém chegados.

Ao maior legado que recebi – o conhecimento adquirido e a certeza que muito ficou.

“Lembre-se que as pessoas podem tirar tudo de você, menos o seu conhecimento”.

(Albert Einstein)

## RESUMO

A Pandemia por COVID-19 lançou novos desafios para o mundo, com destaque para os profissionais de saúde das Estratégia Saúde da Família (ESF), com necessidade de reorganização desse serviço. Assim, visando o melhor atendimento à população, as equipes de saúde da família realizaram, por meio da ferramenta da teleconsulta, atendimento clínico aos usuários. Objetivou-se com a pesquisa cartografar as potencialidades e desafios da teleconsulta experienciada pelos profissionais enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE, no atendimento a usuários e suas famílias. Estudo qualitativo, com utilização do método cartográfico, realizado com vinte e três(23) enfermeiros(as) que compõem as ESF do Município de Tauá-CE. Foi aplicado um questionário adaptado, no formato de formulário da plataforma *google forms* com link enviado por contato telefônico pelo aplicativo *whatsapp*. Os dados paramétricos foram calculados no *software Excel 20.0* e descritos textualmente, os dados não-paramétricos foram analisados a partir do *software Iramuteq*. Foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob Parecer nº 5.373.169. A maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino, na faixa etária predominante de 30 a 39 anos, que realizaram teleconsulta em seus atendimentos, principalmente por meio de ligações telefônicas. Na classificação hierárquica descendente produzida pelo *software Iramuteq*, foram geradas três classes: “Olhos e atalhos”, “Invisibilidade (presença e ausência)” e “Capacidade Tecnológica Digital”. O estudo trouxe potencialidades e desafios. Dentre as principais potencialidades podemos destacar: a facilidade de acesso do paciente aos profissionais de saúde, pois a comunicação acontecia de maneira mais rápida, evitando seu deslocamento até a unidade de saúde, a manutenção do vínculo profissional e paciente, e também a resolutividade de várias demandas (doenças crônicas). No campo dos desafios, a necessidade de estabelecer uma comunicação eficaz entre profissionais e pacientes, organizar a agenda dos profissionais, fazer os registros em prontuário, ter disponível equipamentos de qualidade e seguir as recomendações da resolução que regulamenta a prática da teleconsulta. Como recomendações para a melhoria e facilitação dessa prática, propõe-se a elaboração de um Mapa, com orientações para teleconsulta. Também, a necessidade de realizar capacitações dos profissionais, assim como, mais estudos nessa área.

**Palavras-chave:** Saúde. Atenção primária à saúde. Enfermagem. Consulta remota. Pandemia.

## ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has launched new challenges for the world, with emphasis on health professionals from the Family Health Strategy (ESF), who need to reorganize this service. Thus, in order to better serve the population, the family health teams carried out, through the teleconsultation tool, clinical assistance to users. The objective of this research was to map the potentialities and challenges of teleconsultation experienced by professional nurses of the ESF of Tauá-CE, in the assistance to users and their families. Qualitative study, using the cartographic method, carried out with twenty-three(23) nurses who make up the ESF in the city of Tauá-CE. An adapted questionnaire was applied, in the form format of the google forms platform with a link sent by telephone contact through the whatsapp application. Parametric data were calculated using Excel 20.0 software and textually described, non-parametric data were analyzed using Iramuteq software. It was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará under Opinion nº 5.373,169. Most of the study participants were female, in the predominant age group of 30 to 39 years, who performed teleconsultation in their consultations, mainly through telephone calls. In the descending hierarchical classification produced by the Iramuteq software, three classes were generated: "Eyes and shortcuts", "Invisibility (presence and absence)" and "Digital Technological Capacity". The study brought potentialities and challenges. Among the main potentialities we can highlight: the patient's ease of access to health professionals, as communication happened more quickly, avoiding their displacement to the health unit, the maintenance of the professional and patient bond, and also the resolution of several demands (chronic diseases). In the field of challenges, the need to establish effective communication between professionals and patients, organize the professionals' agenda, make records in the medical records, have quality equipment available and follow the recommendations of the resolution that regulates the practice of teleconsultation. As recommendations for the improvement and facilitation of this practice, it is proposed the elaboration of a Map, with guidelines for teleconsultation. Also, the need to carry out training of professionals, as well as more studies in this area.

**Keywords:** Health. Primary health care. Nursing. Remote consultation. Pandemic.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 –</b>	<b>Localização geográfica de Tauá no Estado do Ceará.....</b>	<b>37</b>
<b>Figura 2 –</b>	<b>Composição das Estratégias saúde da família do Macroterritório V em Tauá-CE, 2023.....</b>	<b>38</b>
<b>Figura 3 –</b>	<b>Dendrograma do <i>corpus</i> textual da Classificação Hierárquica Descendente - CHD sobre a teleconsulta de profissionais enfermeiros das ESF de Tauá-CE, Brasil.....</b>	<b>47</b>
<b>Figura 4 –</b>	<b>Análise de similitude do <i>corpus</i> textual sobre a teleconsulta de profissionais enfermeiros das ESF de Tauá-CE, Brasil.....</b>	<b>54</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CHD	Classificação hierárquica descendente
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CE	Consulta de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atenção Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SG	Síndrome Gripal
SIG	Sistema de Informação Geográfica
TIC	Tecnologia de informação e comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Contexto da COVID- 19 na Atenção Primária em Saúde.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Teleconsulta em Enfermagem.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>A Experiência no olhar da cartografia .....</b>	<b>26</b>
<b>2.4</b>	<b>A cartografia e a estratégia saúde da família.....</b>	<b>28</b>
<b>2.5</b>	<b>Mapeando a experiência em saúde com a teleconsulta .....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>34</b>
<b>354</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>Natureza e tipo de estudo.....</b>	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>Sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>36</b>
<b>4.3</b>	<b>Critérios de inclusão e exclusão .....</b>	<b>37</b>
<b>4.4</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>37</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>39</b>
<b>4.6</b>	<b>Organização e análise dos dados.....</b>	<b>40</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos da pesquisa.....</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1</b>	<b>Territorialização do devir temporal, identitário e laboral dos(as) enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE.....</b>	<b>45</b>

5.2	Potencialidades e desafios da teleconsulta em enfermagem durante a Pandemia COVID-19 na ESF de Tauá-CE.....	46
6	DISCUSSÃO.....	56
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	84
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO.....	86
	APÊNDICE C – GLOSSÁRIO.....	89
	APÊNDICE D – RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	90

## 1 INTRODUÇÃO

O planeta foi impactado pelo surgimento, no final de 2019, do novo Coronavírus, ou Coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), responsável pela doença classificada como COVID-19, sendo agente causador de um número expressivo de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, China (CRODA; GARCIA, 2020). Esse vírus tem elevada transmissibilidade, provocando uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves (80%) a casos graves (5 a 10%) com insuficiência respiratória. O potencial de letalidade varia com o aumento proporcional da idade e as condições clínicas associadas (BRASIL, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o estado de Pandemia pela doença causada por esse Coronavírus em 13 de março de 2020 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). E, no Brasil, o Ministério da Saúde já havia declarado em 3 de fevereiro do mesmo ano a emergência em saúde pública de importância nacional, e em menos de cinco meses se tornou o novo epicentro da Pandemia (LANA *et al.*, 2020).

Neste contexto pandêmico, o sistema de saúde global vem se organizando para garantir o direito à saúde e os desafios impostos. Desse modo, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), da Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tem fundamental importância na resposta às doenças nas ocasiões de surtos e epidemias, dispondo de atendimento resolutivo e se destacando na coordenação do cuidado para identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços especializados (MEDINA *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde da ESF necessitaram adequar suas ações e serviços, de forma a incorporar o atendimento remoto e a descentralização das ações, para fortalecer a abordagem familiar e comunitária e dessa maneira buscar diminuir, nos territórios, a disseminação do vírus (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Essa adequação das ações e serviços no manejo clínico da Síndrome Gripal - SG na ESF varia conforme a gravidade dos casos, indicando a estratificação de intensidade da SG como ferramenta primordial para definir a conduta correta para o teleatendimento que envolve a utilização de tecnologias de informação e comunicação (TIC) para ofertar serviços de saúde a distância e para compartilhar informações e conhecimento (CELES *et al.*, 2018). Isto inclui orientações para casos

leves, medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até alta do isolamento. E, nos casos graves, garantir a estabilização clínica, encaminhamento e transporte a serviço de urgência/emergência hospitalar. (BRASIL, 2020).

Desse modo, para o enfrentamento da emergência de saúde pública em virtude da epidemia de COVID-19, foi divulgada a Portaria Nº 467, de 20 de março de 2020 para sua regulamentação e operacionalização, de caráter excepcional e temporário, ficam autorizadas ações de Telemedicina, de interação à distância. Podendo contemplar: atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico, realizados por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS (BRASIL, 2020).

Para a Enfermagem, durante a COVID-19, foi regulamentada em caráter de urgência a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 634/2020 como forma de combate à Pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-cov-2), através de consultas, esclarecimentos e orientações (COFEN, 2020). Posteriormente, em 2022, uma nova resolução foi promulgada pelo COFEN (Nº 696/2022), para dispor sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital e normatizar a Telenfermagem (COFEN, 2022).

Esse enfrentamento emergencial ocorreu em todo o planeta, lançando desafios. Exigiu a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território e o desenvolvimento do cuidado da ESF com as famílias que ali vivem (MEDINA *et al.*, 2020). O Município de Tauá-CE, escolhido para o desenvolvimento desse estudo, também precisou desenvolver estratégias para combater a COVID-19.

Os desafios da Pandemia por COVID-19 cobrou respostas rápidas para a ciência, gestores e profissionais da saúde, com destaque para os da ESF (SANTOS *et al.*, 2020). Pois, fazer saúde da família é saber se desterritorializar de forma constante em busca de acompanhar a dinamicidade da realidade da população. O território, assim como o trabalho, é vivo em ato (MERHY, 2002).

O isolamento social e domiciliar da população gerou restrição nos atendimentos realizados de maneira presencial pelos profissionais de saúde, gerando nítida insatisfação dos usuários e famílias. Esse quadro de insatisfação da população com o acompanhamento experienciado no caso de Tauá-CE foi exposto frequentemente em mídias sociais (CARVALHO *et al.*, 2020). Houve necessidade de

implementar medidas para manter os atendimentos, como o uso de ferramentas utilizadas de forma não presencial, dentre elas, a teleconsulta. Essas têm sido utilizadas para o melhor atendimento clínico à população e também como alvo para manter o atendimento aos usuários que apresentem outras condições e agravos à saúde sem prejuízo em seu cuidado continuado (SANTOS *et al.*, 2020).

Neste contexto pandêmico, a teleconsulta fazia parte do meu processo de trabalho como enfermeira, profissional de saúde, integrante de uma equipe da ESF São Geraldo I da cidade de Tauá-CE. Nesse território, fizemos por teleconsulta, o acompanhamento clínico, a identificação de sinais de alerta, o estabelecimento e o fortalecimento de vínculos com usuários e suas famílias. Embora houvesse um processo comunicativo por telefone anterior à Pandemia, o atendimento por teleconsulta tornou-se fundamental, trazendo a necessidade de reflexão sobre esse meio de comunicação no percurso experienciado pelos profissionais enfermeiros(as).

Nesse sentido, compartilhar experiências destes profissionais nesse contexto implica no pensar e sentir do percurso vivido neste território. Estudiosos mostram como as experiências em saúde podem ser materializadas através de vivências e compartilhamento, utilizando-se da cartografia em saúde. Essa proposta filosófica estabelece uma reflexão intrínseca com a própria prática, valorizando o percurso do profissional de saúde/pesquisador e sujeito/usuários envolvidos e as suas narrativas no cuidado clínico em saúde (SILVA; ROJAS, 2016).

Desse modo, esta pesquisa traz como questão principal: quais as experiências dos enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE com a teleconsulta no atendimento a usuários/pacientes e suas famílias na Pandemia da COVID-19? Há também, outras questões inseridas nesta questão principal: quais os caminhos (pistas) trilhados pelos movimentos, funcionalidades e afetividade (sentimentos e emoções) dos devires da teleconsulta dos profissionais enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE. E, ainda, quais fatos desta experiência estão relacionados ao gerenciamento, assistência e educação do cuidado integral ao usuário e suas famílias?

Nesse sentido, supõe-se que a cartografia guiará o encontro das trilhas delineadas pelos movimentos, funcionalidades e afetividade (sentimentos e emoções) nos caminhos do território de saúde de Tauá-CE.

Esse estudo foi motivado pela presença da autora em processo de imersão em um novo momento impactante para todos os profissionais de saúde e população, decorrente do atendimento de usuários com suspeita ou com diagnóstico positivo para COVID-19, proporcionando o pensar constante nas produções conceituais e contextuais da cartografia do território de Tauá-CE.

Além desses aspectos, poucos estudos traziam, então, respostas a essas questões, pois a realidade de Tauá-CE é única. O estudo de Ferreira *et al.* (2021) realizado com o objetivo de analisar publicações disponíveis na literatura, descrevem o uso da telessaúde no contexto da COVID-19, mostrando que há maior concentração na área da medicina. Assim, considerando a lacuna na literatura científica, os autores verificaram a necessidade da sua implantação também em outras áreas da saúde e de mais estudos metodológicos consistentes, como por exemplo, ensaios clínicos randomizados e estudos de custo-efetividade sobre as estratégias implementadas.

Assim, diante desse contexto, essa pesquisa será de importante relevância social e científica, e poderá contribuir com a re(organização) e possibilidades de re(adequações) no processo de trabalho das equipes de ESF por meio da teleconsulta, cumprindo o papel de facilitar o processo de comunicação entre profissionais e usuários. Também, pode contribuir para minimizar ou ultrapassar outras dificuldades existentes, como: limitações físicas e econômicas para o deslocamento até as unidades de saúde (SANTOS *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que o desenvolvimento desse estudo proporciona o olhar sobre as vulnerabilidades dos usuários em momento de crise, intensificado pelo distanciamento das relações interpessoais, as mazelas sociais e do sistema de saúde (CARVALHO *et al.*, 2020). Nesse olhar, é possível vislumbrar caminhos com afeto, sentimento de amparo e atenção dos profissionais de saúde. E, assim, nestes caminhos comunicativos, trazer um diferencial de atendimento, proporcionando fortalecimento para o usuário, suas famílias e para a ESF.

Outro ponto importante para o desenvolvimento do estudo é oportunizar a compreensão, a partir da cartografia de Deleuze e Guattari (1995), das experiências vivenciadas pela Enfermagem e sua atuação na linha de frente do combate à COVID-19, possibilitando o aporte de conhecimentos, atitudes e práticas aplicadas na realidade local, com grande potencial para trazer questões e soluções para o

atendimento clínico, considerando o contexto do SUS como projeto ético- político de uma sociedade que valoriza a vida.

Além disto, garante os princípios doutrinários da universalidade, quando assegura a possibilidade de expansão do modo de atendimento com o acesso integrado de ações e serviços “também pela telessaúde” (promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e a reabilitação), sem exclusão e desigualdade, com equidade, atendendo às necessidades que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2011).

Espera-se que esse estudo descreva as potencialidades e desafios, pelo mapeamento dos caminhos da teleconsulta, trilhados pelos movimentos, funcionalidades e afetividade (sentimentos e emoções) dos profissionais enfermeiro(a)s das ESF de Tauá-CE, no seu processo de gerenciamento, assistência e educação do cuidado integral ao usuário e suas famílias.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Contexto da COVID - 19 na Atenção Primária em Saúde

A infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2 é uma zoonose. O vírus é classificado como um beta Coronavírus. A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos foi confirmada na China e nos Estados Unidos da América (EUA) e ocorre principalmente com o contato de gotículas respiratórias provenientes de pacientes doentes e sintomáticos (BRASIL, 2020).

Os casos suspeitos de COVID-19 podem ser avaliados de maneira clínica e laboratorial. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como SG. O diagnóstico sindrômico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus SARS-CoV-2 é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real ou teste rápido sorológico validado pelas instituições de referência (BRASIL, 2020).

A ESF criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, com objetivos de criar elos de diálogo entre os serviços de saúde e a comunidade, estabelecimento de vínculos, aumentando a cobertura de ações primárias de saúde, sobretudo nas regiões mais longínquas, onde existem vazios assistenciais, e mudar a lógica hegemônica do sistema de saúde, que se concentrava na atenção médico-hospitalar (ANDRADE *et al.*, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) afirma que a ESF é uma estratégia prioritária para sua expansão, qualificação e consolidação da atenção básica com regulamentação de implantação e operacionalização vigentes (portaria nº 648/2006; Portaria nº 2488/2011; portaria nº 2436/2017) (BRASIL, 2006, 2011, 2017).

O trabalho desenvolvido pela ESF é realizado por equipes multiprofissionais composta por ACS, dentista, enfermeiro(a), médico(a), técnico de enfermagem e as diversas categorias que compõem o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF/AB). Cada profissional possui atribuições comuns e específicas dentro de seu processo de trabalho (BRASIL, 2017).

A ESF é operacionalizada por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e atenção às doenças, recuperação, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. A unidade familiar é seu foco. Neste sentido,

necessita de organização, considerando o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida (ANDRADE *et al.*, 2013).

A ESF engloba um nível de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. Além disso, fornece atenção sobre a pessoa (não apenas para a enfermidade) no decorrer do tempo, garante atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Diante do enfrentamento da Pandemia COVID-19, faz-se necessário discutir o lugar da ESF neste enfrentamento, uma vez que os estudos indicam que cerca de 80% dos casos são leves e grande parte daqueles considerados como moderados procuram a rede básica como primeiro acesso na busca de cuidados (SARTI *et al.*, 2020).

Nesse contexto de atendimento e seus movimentos infinitos com os atores envolvidos na territorialização estão presentes estratégias fundamentais (SARTI *et al.*, 2020) para o controle da Pandemia e o seu não agravamento, são eles:

- a) Acesso;
- b) Garantia do vínculo usuário e equipe de saúde;
- c) Conhecimento do território;
- d) Integralidade da assistência;
- e) Monitoramento das famílias vulneráveis;
- f) Acompanhamento aos casos suspeitos e leves.

A imagem do conjunto de problemas já vivenciados pelos atores (profissionais de saúde e usuários) no dia a dia dos serviços da ESF durante a Pandemia, segundo Sarti *et al.* (2020) eram problemas representativos do isolamento social prolongado, resultando na redução da vida social e econômica. Neste sentido, Deleuze (1995) incita a crítica da diferença na busca do olhar crítico do que foi considerado representativo da diferenciação deste isolamento social prolongado para seus atores e a construção de outra face relacionada a construção da diferença quando esse isolamento está relacionado com a dinâmica do ser humano e suas relações psicossociais.

Na ótica da construção da filosofia da diferença, considerando que a crítica e a clínica são inseparáveis, os estudiosos (SARTI *et al.*, 2020) elaboraram relações de causa e efeito dos problemas representativos do isolamento social

prolongado com redução da vida social e econômica tendo como efeito: os transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão, requerendo cuidados abrangentes e longitudinais.

Outros estudiosos (DAUMAS *et al.*, 2020) ressaltam que uma ESF forte, organizada e com profissionais qualificados e em número suficiente pode contribuir para reduzir a incidência da infecção na população adscrita, com impacto positivo na diminuição da morbimortalidade. Através das mídias sociais e rádios comunitárias, as equipes de saúde da família podem orientar a população e informar sobre os canais de teleatendimento (DAUMAS *et al.*, 2020).

No pensar crítico e clinicamente, os estudiosos (MEDINA *et al.*, 2020) apresentam uma nova imagem resolutiva dos problemas endêmicos relacionados ao investimento na estruturação da ESF, com proteção adequada para profissionais de saúde, disponibilidade de equipamento de proteção individual (EPI's) para condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação.

Além dessas, sugerem mudanças organizacionais adequadas à realidade local; apoio logístico e operacional (transporte, material e insumos); formação e educação permanente; conhecimento das potencialidades e desafios de cada território; a retaguarda necessária a uma ação coordenada da ESF com outras instituições e pontos da rede de saúde no território de abrangência das equipes ou fora dele; e, parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade (MEDINA *et al.*, 2020).

A atuação da ESF pode ser sistematizada em quatro vertentes: (I) vigilância em saúde nos territórios com notificações, detecção, acompanhamento e isolamento de contatos; (II) atenção aos usuários com COVID-19 seguindo protocolo de manejo clínico com fluxos diferenciados a depender do quadro do paciente, separando os sintomáticos respiratórios dos usuários com outros problemas de saúde; (III) suporte social a grupos vulneráveis, como idosos e indivíduos com comorbidades; e (IV) continuidade das ações próprias da ESF (MEDINA *et al.*, 2020).

## 2.2 Teleconsulta em enfermagem

O profissional enfermeiro(a) possui as seguintes competências de acordo com a PNAB (2017): realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, seja no domicílio e ou em outros espaços comunitários como: escolas, associações, em todos os ciclos de vida; realizar a consulta de enfermagem; realizar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidado para pessoas com condições crônicas; realizar atividades em grupos; encaminhar usuários a outros serviços quando necessário; implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos da UBS e exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017).

Ressaltando a importância da realização da consulta de enfermagem dentro do contexto da ESF na atenção e no cuidado à população adscrita do território das UBS, existe o respaldo a partir da Lei do Exercício Profissional Nº 7.498/86 (BRASIL, 1986) que regulamenta esta atividade assistencial, cuja execução deve ser uma atividade privativa do enfermeiro(a) e deve ser desenvolvida em diferentes cenários, seja em “comunidades, domicílios, indústrias, unidades de saúde pública, escolas, creches, ambulatórios, hospitais, entre outros, onde houver equipe de enfermagem” (BRASIL, 2009).

A Resolução do COFEN Nº 358/2009, menciona as diferenças existentes entre Processo de Enfermagem (PE), Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), bem como contextualiza a consulta de enfermagem (CE) (COFEN, 2009). O primeiro é formado por cinco etapas as quais são: “coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem”. Já a SAE, organiza e instrumentaliza as etapas do PE. A CE é uma estratégia tecnológica do cuidado, legalmente privativa do enfermeiro, constitui-se da realização do PE operacionalizado pela SAE na ESF (BRASIL, 2009).

O cuidado na CE deve ser realizado de maneira integral, atendendo às necessidades do indivíduo, família e comunidade, envolvendo ser humano em todos os aspectos de vida, seja social, físico, biológico, psicológico ou espiritual, assim como também oportunizando o desenvolvimento do autocuidado e de seu potencial, além da autovalorização de ambos os sujeitos envolvidos neste atendimento, profissional e indivíduo (DANTAS *et al.*, 2016).

A Pandemia por COVID-19 demandou rápida resposta. Nesse contexto, vários departamentos nacionais de saúde pública, como o MS, trouxeram destaque àquilo que era, até então, considerado um serviço de apoio ao sistema de saúde: a telessaúde e a telemedicina (SILVA *et al.*, 2020). Desse modo, no Brasil, a Lei Nº 13.989, de 13 de abril de 2020 estabelece a definição e autoriza o uso da telemedicina, enquanto durar a epidemia de COVID-19 (BRASIL, 2020).

No Brasil, esse campo tem crescido acentuadamente nos últimos anos, embora não houvesse, até a Pandemia, um marco regulatório consolidado no país. Destaca-se que até a epidemia do novo Coronavírus, a teleconsulta no Brasil só era permitida pelo Conselho Federal de Medicina em situações de emergência. Diante da gravidade do quadro atual de Pandemia, o momento desafiador criado pela Pandemia gerou um frenesi relacionado à expansão das aplicações e usos da telessaúde, visando melhorar a resposta do sistema de saúde (CAETANO *et al.*, 2020).

Frente à gravidade do quadro de Pandemia e da sua capacidade de disseminação, da necessidade de isolamento social e diminuição de contato interpessoal, em especial da população considerada de risco e da atuação dos profissionais de Enfermagem enquanto linha de frente de atendimento à população brasileira, em março de 2020, a Teleconsulta em Enfermagem foi regulamentada por meio da Resolução Nº 634/2020 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020) como forma de combate à Pandemia provocada pelo novo Coronavírus (Sars-cov-2).

A teleconsulta de Enfermagem passou a ser uma ferramenta do cuidado integral por meio de consultas, esclarecimentos e orientações com uso de meios tecnológicos e outras providências (COFEN, 2020). Para tal, precisa utilizar a SAE, segundo o PE, necessitando obrigatoriamente o preenchimento do termo de consentimento do paciente. A modalidade de contato entre este profissional e usuários pode ser simultânea (ou seja, em tempo real) ou assíncronas) quando as respostas não acontecem imediatamente.

A resolução também aponta a obrigatoriedade dos seguintes registros:

- a) Identificação de enfermagem (Enfermeiro e/ou Clínica);
- b) Termo de Consentimento do paciente ou de seu representante legal em formato eletrônico (e-mail, aplicativos de comunicação ou por telefone);

- c) Identificação e dados (Paciente);
- d) Data e hora do início e do encerramento registrado;
- e) Descrição do Histórico do paciente;
- f) Observação clínica;
- g) Diagnóstico de Enfermagem;
- h) Plano de cuidados;
- i) Avaliação de enfermagem e/ou encaminhamentos

A teleconsulta de Enfermagem se inspira nas ferramentas da telessaúde quando utiliza as TIC para ofertar serviços de saúde a distância e para compartilhar informações e conhecimento. Na literatura, os termos telessaúde, telemedicina e eHealth são frequentemente utilizados. Atualmente, a telessaúde utiliza vários mecanismos, como: palestras por videoconferência para educação permanente e interconsultas, telefone, mensagens via celular, plataformas de mensagens via internet, vídeos ou mensagens via satélite (CELES *et al.*, 2018).

Outras portarias e leis também foram decretadas acerca das ações da telemedicina como a portaria Nº 467, de 20 de março de 2020 do Ministério da Saúde que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19 (BRASIL, 2020).

Assim, tornou-se possível alcançar resultados nas ações de telessaúde para prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento de morbidades, justificando investimentos por parte dos governos. Estudiosos desenvolveram uma revisão sistemática utilizando a telessaúde como estratégia de resposta do Estado e encontraram que pesquisadores de diversas localidades nacionais e internacionais têm compartilhado com a comunidade científica experiências em telessaúde, evidenciando dificuldades e fatores positivos das ações implementadas. No entanto, não houve detalhamento de estratégias dessas ações, consistindo em uma lacuna. Por outro lado, essa colaboração auxilia gestores, formuladores de políticas e profissionais a entenderem como têm ocorrido a implementação e a utilização da telessaúde em diferentes localidades e contextos (CELES *et al.*, 2018).

Outra questão que merece atenção são os fatores culturais e educacionais da população que tem influenciado na utilização da telessaúde, pois a depender do local utilizado, pode ser tido como algo de fácil ou de difícil aceitação. Nesse contexto, estudiosos consideram ser importante o diálogo com os pacientes acerca dessa tecnologia a fim de mostrar os benefícios que ela pode trazer no seu acompanhamento (CELES *et al.*, 2018).

Os riscos da transmissão da COVID-19 nos serviços de saúde e os altos custos da implantação das normas de biossegurança justificam a ampla utilização das ferramentas de teleatendimento e todo o suporte financeiro necessário para implantá-las. Estratégias como essas, restringe o acesso físico às UBS, substituindo por maneiras mais seguras e custo-efetivas de atenção. Para implantar as mudanças necessárias ao pleno funcionamento da ESF no contexto da Pandemia, investimentos em estrutura física, veículos para apoiar a atenção domiciliar, telefones celulares e internet de boa qualidade serão imprescindíveis, assim como o acesso livre à internet para todos os usuários (DAUMAS *et al.*, 2020).

O telefone é uma tecnologia comum e confiável, adequada para muitas consultas relacionadas à COVID-19. Pacientes com sintomas leves e sem complicações, assim como aqueles que buscam o serviço por razões administrativas, podem ser consultados via telefone. Pacientes com sintomas mais intensos, com comorbidades, com ansiedade, circunstâncias sociais que afetam o curso da doença, pessoas com deficiência auditiva podem preferir vídeo ao telefone (GREENHALGH *et al.*, 2020).

Estudos como o de Pereira e Correa (2020) mostram como a Enfermagem vem utilizando-se da ferramenta da teleconsulta. Diante do atual cenário e considerando a gravidade da doença COVID-19 em grupos de risco, o artigo objetivou refletir sobre o potencial risco do cardiopata e a atuação do enfermeiro por meio de orientações em saúde na teleconsulta. O uso da teleconsulta pelo enfermeiro(a), estabelece-se como apoio profissional e uma grande oportunidade de orientações de saúde aos brasileiros, proporcionando uma aproximação ampliada do atendimento do enfermeiro no contexto da Pandemia por COVID-19. O estudo de Guerra *et al.* (2020) foi realizado com o objetivo de relatar a experiência de implementação da teleconsulta na Enfermagem de reabilitação durante a Pandemia pelo Coronavírus.

Pesquisadores, evidenciam que entre dezessete (17) pacientes atendidos por teleconsulta, apenas três (3) necessitaram de deslocamento até à UBS para atendimento presencial. Mesmo a amostra desta pesquisa sendo pequena, ela aponta para a grande contribuição no isolamento social durante a Pandemia. Ainda concluíram que a utilização do mapeamento de pontos-chave e soluções para as equipes de ESF são atividades e estratégias de teleatendimento na identificação, manejo e acompanhamento de pacientes com sintomas suspeitos de SG (SANTOS *et al.*, 2020).

A teleconsulta de Enfermagem foi também utilizada no cuidado a pessoas mais idosas com doenças crônicas, a fim de evitar sua exposição a ambientes com alto risco de contágio pelo Coronavírus. Assim como, também o cuidado à distância foi intensificado para atender os pacientes com outras comorbidades ou necessidades de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2021).

O termo “teleconsulta” foi utilizado corriqueiramente durante a Pandemia COVID-19 por profissionais de saúde, porém não era uma denominação específica do enfermeiro(a). Nesta pesquisa, esse termo é encontrado na literatura científica em 38 publicações no período de 2020 a 2023 com descritores específicos (teleconsultation and family and nursing and covid-19). Porém, apenas quatro (4) artigos tiveram um aspecto mais próximo da teleconsulta de Enfermagem na ESF durante a Pandemia da COVID-19 (<https://www-periodicos-capes-gov-br.ez76.periodicos.capes.gov.br/index.php/buscador-primario.html>).

Neste sentido, em 2022 foi instituída a regulamentação do uso da Telenfermagem através da resolução do COFEN Nº 696/2022 pois o uso dos recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) apresentou avanços irrevogáveis para oferecer serviços de saúde para quem precisa, no momento que precisa (COFEN, 2022).

Estudiosos abordaram o termo telenfermagem na literatura científica desde 1994, associando-a à classificação europeia da prática de Enfermagem a partir dos problemas do paciente, intervenções de Enfermagem e resultado do paciente, incluindo medidas educativas (MORTENSEN; NIELSEN, 1994). Todavia, ainda existe uma carência de estudos a respeito da telenfermagem, o que sugere a necessidade de novas pesquisas sobre essa ferramenta em vários níveis de atenção à saúde, em particular na atenção primária à saúde.

Utilizando os descritores específicos “*telenursing*” and “*family*” and “*covid-19*” nas bases de dados científicas, constatamos que nos últimos três anos (2020 - 2023), apenas foram publicados quatro pesquisas (ASIMAKOPOULOU, 2020; BALQUIS, SURYADIN, 2022; SPRECO *et al.*, 2020; ISIDORI *et al.*, 2022) sobre a formação do profissional enfermeiro e a telenfermagem como ferramenta do cuidado, representando uma lacuna de conhecimento sobre a temática desta pesquisa.

### **2.3 A Experiência no olhar da cartografia em saúde**

A cartografia como método de pesquisa, foi iniciada pelos filósofos Gilles Deleuze e Félix Guattari no final da década de 1960. A origem do conceito de cartografia vem da geografia, e o que os autores fazem é trazê-la para outros campos de conhecimento. Se a cartografia como ciência trabalha com territórios e suas representações, de maneira semelhante, opera-se com a metodologia cartográfica (RICHTER; OLIVEIRA, 2017).

A prática de um cartógrafo está voltada para as estratégias das formações do desejo no campo social, independente de que aspectos ele usa como objeto na vida social. O que interessa é a atenção dada às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana. Da mesma maneira, as referências teóricas do cartógrafo têm mínima importância. Para ele, o que importa é que a teoria é sempre cartografia. O cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Tudo que tenha sentido é bem-vindo. Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas. Por essa razão o cartógrafo utiliza-se de diversas fontes, incluindo não somente as escritas e teóricas. Seus conceitos podem surgir a partir de um filme, de uma conversa ou de um tratado de filosofia (ROLNIK, 1989). A cartografia é sempre um método *ad hoc* (SILVA; ROJAS, 2016).

A busca constante por instrumentos/alimentos para compor a cartografia, faz do cartógrafo um ser antropófago no sentido de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado, de buscar esses instrumentos/alimentos para compor suas cartografias. O que ele quer é participar, mergulhar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade (ROLNIK, 1989).

Toda pesquisa opera em campos, em territórios de aspectos diferentes: filosóficos, sociais, artísticos, sentimentais, e nestes territórios, está o pesquisador, que circula entre os territórios possíveis em uma pesquisa. Neste caminho, traça uma existência que não é única, pois é envolvida por estas camadas, por estes pontos de encontro de territórios. O método cartográfico sugere que se trabalhe com o entre, sugere que a pesquisa ocorra no que se vivencia entre o pesquisador e o território de pesquisa. O que vive um pesquisador-cartógrafo, reside exatamente no ato de cartografar o que é móvel, o que não é estático: ele captura o entre, em seus campos de abrangência (RICHTER; OLIVEIRA, 2017).

Um dos princípios da cartografia é o autor estar presente em sua pesquisa, em sua totalidade. Um pesquisador cartógrafo não se separa de sua pesquisa: ele compõe juntamente com seu campo pesquisado. A cartografia não possui um método único de utilização, não apresenta uma forma fechada. Cada pesquisador encontra-se nela, e com ela. Ele terá de inventar as suas próprias regras ao passo em que faz associações em sua pesquisa, passando a fazer parte deste território. Pesquisador e pesquisa, fazendo parte de um todo, que não é fechado (RICHTER; OLIVEIRA, 2017).

Os sujeitos cartografados, que podem ser os participantes das pesquisas, se movimentam fisicamente em vários contextos e neles vivenciam a intensidade dos processos em um coletivo. Na cartografia, as etapas do estudo vão sendo formadas passo a passo sem receitas prontas e o cartógrafo se mistura nos processos originados das cenas pesquisadas. Não existe um caminho indicado, nem tampouco um padrão de pesquisa pré-determinado. Constantemente o cartógrafo é obrigado a pensar o fenômeno dentro de um processo por ele experienciado (SILVA; FIGUEIREDO, 2018).

Dessa forma, a cartografia tem sido uma inovação metodológica importante nas pesquisas em saúde por permitir sua construção a partir das experiências, dos afetos gerados pelas relações entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores dentro de um território vivo, dinâmico e móvel acompanhado de toda a complexidade que envolve o processo de produção do cuidado em saúde.

## 2.4 A cartografia e a estratégia saúde da família

O processo de trabalho na saúde, como o desenvolvido pela ESF é definido pela ação do trabalho vivo em ato, resultado das relações entre todos os sujeitos envolvidos. Na realização das atividades cotidianas, evidencia-se a questão da subjetividade e os processos de subjetivação implicados nesses processos e que se constituem como campos de força da micropolítica do processo de trabalho e do modo de produção da saúde. A subjetividade é histórica e socialmente produzida. As pessoas produzem o mundo e são por ele produzidas. (MERHY *et al.*, 2019).

A cartografia como ferramenta metodológica tem sido utilizada em estudos (IVR, 2010) para identificar características de um local ou região e seus problemas populacionais, sociais, econômicos e ambientais e não apresenta uma resposta direta ao tema em estudo, mas a forma e o conjunto de técnicas em que se elabora a pesquisa (EMMEL; 2008). No entanto, pode ser utilizada como método para finalidade não espaciais e sim para “[...] *explorar as relações sociais, e sendo utilizado dessa forma, ao contrário de outros métodos de coleta, constrói relações e diálogos mais extensos entre pesquisador e pesquisado* (IVR, 2010; GOLDSTEIN, 2013).

Sabe-se que o trabalho vivo gera fluxos e conexões dentro de uma rede de cuidado em saúde, propiciando visualizar a cartografia no interior dos processos de trabalho. Assim, manifesta-se como o desenho de um mapa aberto, com múltiplas conexões, percorrendo variados territórios em suas características múltiplas e heterogêneas, capaz de sobrepujar normas existentes no sistema, adotando linhas de fuga e tornando possíveis as intersubjetividades (MERHY *et al.*, 2019).

No estudo cartográfico de instrumentos para incorporação do território na ESF foi associado à abordagem participativa de agentes comunitários de saúde (ACS) em relação ao seu território de atuação, variáveis ambientais e de saúde para o desenvolvimento e planejamento das ações da ESF da APS. Os ACS geraram *croquis* para construção de Sistema de Informação Geográfica (SIG), verdadeiros mecanismos operacionais auxiliares das ações da ESF (GOLDSTEIN, 2012).

No estudo de Silva *et al.* (2021) foi aplicado o método cartográfico para a produção do cuidado na ESF por meio de um espaço de produção cartográfica com oficinas criativas (pinturas, fotos, leitura de textos) pelos profissionais de saúde e usuário, ambos sujeitos da pesquisa.

Essa construção coletiva possibilitou a transformação em sujeitos do processo, gerando descobertas, linhas e fluxos reveladores da existência de ações do cuidado burocratizados, regulados e presos a normas técnicas, destituídas de vínculo, sem autonomia. Desse modo, o potencial de criação é retirado desses sujeitos, mas seu existir é extremamente necessário ao estabelecimento de relações e manutenção de vínculos (SILVA *et al.*, 2021).

Estudiosos (PEREIRA *et al.*, 2021) utilizaram o método cartográfico para mapear a realidade nas lógicas de interação interdisciplinar do conhecimento e as práticas dos profissionais da ESF, possibilitando a identificar as linhas de escape resultantes dos agenciamentos gerados pelos afetamentos das linhas de forças. Nesse mapeamento, ficou clara a importância dos modos de interação disciplinar na prática das ESF como resposta, principalmente, à micropolítica do trabalho vivo em saúde, com centralidade nas tecnologias leves.

Em outra pesquisa, realizada em um município cearense, foi aplicado o método cartográfico para acompanhar os movimentos e percursos do cuidado prestado na ESF, no campo da saúde mental às pessoas em sofrimento ou com transtorno mental, identificando as forças que movem as ações que impulsionam a articulação da Rede de Saúde. Nesse mapa, considerou-se que a efetivação do processo de discussão sobre saúde mental na APS ainda permanece como aspiração, necessitando fortalecimento em suas práticas de saúde mental (ARAÚJO, 2019).

## **2.5 Mapeando a experiência em saúde com a teleconsulta**

A arte e criação do mapa territorial das experiências dos profissionais de saúde proporciona a compreensão da realidade vivida como elementos conceituais essenciais para a vida. Neste sentido a experiência pode ser apreciada de diversos planos, ângulos, formas, sentidos, realidades, história, caminhos, condições e filosofia. Para Deleuze e Guattari (1991) a experimentação é filosófica, um ato de pensar que produz sempre o novo:

Pensar é experimentar, mas a experimentação é sempre o que se está fazendo, inclusive o que nos traz o que é o novo, digno de nota, capaz de tirar as máscaras e trazer a verdade. [...] A história não é experimentação, ela é somente o conjunto das condições quase negativas que tornam possível a experimentação de algo que escapa à história. Sem história, a experimentação permaneceria indeterminada, incondicionada, mas a experimentação não é histórica, ela é filosófica (DELEUZE; GUATTARI, 1991, p. 133).

A cartografia pode ser utilizada para ler o seu significado, o local em que vivemos e o espaço construído, e assim conhecê-lo, interpretando as realidades, possivelmente algumas então desconhecidas. Ela instrumentaliza possibilidades de mapeamento de um espaço onde estão presentes os sentimentos e as ideias de um grupo a partir das experiências vividas naquele mesmo espaço. Nesse espaço, no conteúdo geográfico do cotidiano é possível ver a relação entre espaço e o movimento dos grupos. Neste pensar, é possível perceber as paisagens que formam a partir das relações sociais nos territórios em saúde (SANTOS, 2002).

Para mapear a experiência da Enfermagem com a ferramenta da teleconsulta, buscamos referências no conceito de cartografia que é apresentado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (Deleuze; Guattari, 1995) e suas várias obras que trazem os fundamentos de como esse método se apresenta partindo do entendimento de que a realidade se apresenta como um plano de composição de elementos heterogêneos, que se conectam numa rede formando conexões que explodem em várias direções, de várias formas e maneiras em que não se permite ser limitado. Eis, então, o sentido da cartografia: fazer acompanhamento de percursos, desenvolver processos de produção, conexão de redes ou rizomas (PASSOS *et al.*, 2009).

Rizoma (Passos *et al.*, 2009) é considerado como o primeiro conceito que surge como passo inicial às questões mais fundamentais. Para Deleuze e Guattari (1995) a botânica como inspiração é o exercício de pensar com as plantas. Árvore e rizoma são maneiras diferentes de organização da vida vegetal a partir das quais pode-se retirar modelos de organização da multiplicidade.

A cartografia surge como um princípio do rizoma, princípio esse “[...]inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 21). Nesse mapa, não existe um sentido único para sua experimentação, nem uma mesma estrada. São diversas as estradas que existem na cartografia. A realidade cartografada funciona como um mapa em movimento. O

pensamento rizomático se move e se abre, manifestando-se em todas as direções, não se limita sobre si, é aberto para experimentações, permite ser atravessado e influenciado por outras linhas de intensidade. Assim como um mapa que se multiplica em várias direções, se abre e se fecha, constrói e desconstrói (PASSOS *et al.*, 2009).

O sentido tradicional de metodologia que está impresso na própria etimologia da palavra: *metá-hódos*. Dessa forma, a pesquisa é definida como um caminho (*hódos*) predeterminado pelas metas dadas de partida. Entretanto, a cartografia sugere uma inversão metodologia que se configura em trazer o *hódos* antes da *metá*, ou seja, transformar a *metá-hódos* em *hódos-metá*. Essa inversão consiste numa tentativa de fazer experimentação do pensamento, não como um método a ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Com isso o rigor não é deixado de lado, sendo ressignificado. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida ou da normatividade do vivo, de que fala Canguilhem (PASSOS *et al.*, 2009).

Para Rolnik (1989), o cartógrafo não segue nenhum protocolo normalizado, tudo vai depender do contexto, da sua sensibilidade que ele se propõe fazer prevalecer, na medida do possível, em seu trabalho. Não é possível definir seu método, os meios utilizados pelo cartógrafo são: um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações - este, cada um vai definindo e redefinindo para si, constantemente.

O estudo de Passos *et al.* (2009) propõe no método cartográfico o uso de pistas para guiar no trabalho de pesquisa. Os autores chamam a atenção que no acompanhamento de processos não é possível predeterminar os procedimentos metodológicos. As pistas a serem utilizadas são como referências que guiam o cartógrafo a adotar uma postura aberta ao que se vai acontecendo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa – o *hódos-metá* da pesquisa.

Desse modo, existem oito pistas, enumeradas para a prática do método da cartografia: 1) “A cartografia como método de pesquisa-intervenção” (PASSOS; BENEVIDES, 2009), 2) “O funcionamento da atenção no trabalho cartográfico” (KASTRUP, 2009); 3) “Cartografar é acompanhar processos” (POZZANA; KASTRUP, 2009), 4) “Movimentos funções dos dispositivos na prática da cartografia” (KASTRUP; BENEVIDES, 2009), 5) “O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009), 6) “Cartografia como dissolução do

ponto de vista do observador”, 7) “Cartografar é estar em um território existencial” (PASSOS *et al.*, 2009), e, 8) “Por uma política de narratividade” (PASSOS; BENEVIDES, 2009).

[...] conectar componentes interiores até a saturação ou o fechamento, de tal modo que mudar suas conexões, mudaria sua natureza. Toda criação é singular e o conceito, como criação propriamente filosófica, é sempre uma singularidade. O primeiro princípio da filosofia é que os Universais não explicam nada, eles próprios devem ser explicados (p.13). [...] construir uma região no plano, juntar uma região às precedentes, explorar uma nova região, preencher a falta. O conceito é um composto, um consolidado de linhas, de curvas (PASSOS; BENEVIDES, 2009, p.14).

Os conceitos são criados devido a existência de problemas, visto que todo conceito se liga a um problema. Então, encarar o problema mostra maturidade e ser filósofo exige fazer um trabalho tão minucioso e tão cheio de arte como o artesão o faz, refaz e desfaz, como alguém que busca produzir conceituações para responder aos problemas (DELEUZE, 1991).

Aí, o conceito se apropria de um território com perguntas e indagações para conhecê-lo, com sua própria relação singular com o problema, com o acontecimento e com o território em si. Desse modo, se dá o fazer conhecimento em filosofia, neste relacionamento de vizinhança, acompanhando e se opondo aos conceitos em um panorama de questões, num plano de *imanência* para o surgimento do conceito (DELEUZE, 1991).

Os atores, segundo Deleuze (1991), caminham nesta imanência até encontrar o que o leve a tomar a decisão de territorializá-la. [...] As personagens conceituais têm essa função, manifestar os territórios, desterritorializações e reterritorializações absolutas do pensamento. Aproximar-se de um território, visualizar os movimentos infinitos existentes, a relação de forças que ali se encontram, captar o que ocorre no pensamento sobre o plano e solidificar um conceito, móvel e dinâmico assim como às condições de sua criação, sem conquista, apenas ocupação. (DELEUZE, 1991, p. 84).

Em 2020, os territórios de saúde do Brasil e do mundo foram desafiados pelo aparecimento do novo Coronavírus, instalando-se uma situação de Pandemia (BRASIL, 2020). Houve necessidade de reorganizar a forma de trabalho dos profissionais nas diversas áreas de saúde.

Esse acontecimento levou a um olhar aproximativo das multiplicidades de movimentos e suas relações de força diante das mudanças no processo de trabalho em saúde. Neste sentido, o exercício cartográfico da experiência de profissionais enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE, desta pesquisa examina as condições e dinâmicas dos movimentos no pensar sobre a teleconsulta no acompanhamento de usuários.

Esse pensar Deleuziano compreende um esforço de crítica a um tipo de pensamento designado de representação, entendido como constituição de uma filosofia da *diferença*. Assim, a crítica à representação e a construção da filosofia da diferença são duas faces de um mesmo movimento de pensamento, posto que, a crítica e a clínica são indissociáveis (VASCONCELOS, 2006). Faz referência ao problema que se diferencia entre duas imagens do pensamento: uma imagem definida como moral, representativa, dogmática; outra, nomeada de nova imagem do pensamento ou pensamento sem imagem.

Na filosofia da diferença deleuziana, buscou-se saber o que era a própria filosofia (DELEUZE; GUATTARI, 1991) no sentido de lançar ao futuro um fato que atravessa as épocas do esboço interpretativo de resposta com uma leitura embasada no quarteto dos seguintes pilares: singularidade, multiplicidade, alteridade e mobilidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Cartografar as potencialidades e desafios da teleconsulta experienciada pelos profissionais enfermeiros(as) da Estratégia Saúde da Família de Tauá-CE no atendimento a usuários/pacientes e suas famílias, no período pandêmico da COVID-19.

#### **3.2 Específico**

Identificar os caminhos (pistas) trilhados pelos movimentos, afetividade (sentimentos e emoções) e funcionalidades (gerenciamento, assistência e educação) dos devires do atendimento pela teleconsulta de Enfermagem.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 Natureza e tipo de estudo

A natureza deste estudo é qualitativa, na forte busca de adentrar a realidade das experiências vividas entre o pesquisador e o território de pesquisa, para mapear seus caminhos, movimentos, funcionalidades, fatos e os afetos relacionados à sua teleconsulta de Enfermagem no percurso da Pandemia da COVID-19, no contexto da ESF. Alguns aspectos quantitativos foram acrescentados, para caracterização dos sujeitos da pesquisa.

A pesquisa qualitativa traz respostas para questões singulares, preocupando-se com uma realidade inquantificável, buscando no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos irreduzíveis a medições (MINAYO *et al.*, 2002).

Uma forma de trazer o significado das ações e das relações humanas, vivências e experiências profissionais dentro do contexto do território de saúde da família pode ser obtido através da utilização do método cartográfico (DELEUZE; GUATTARI, 2010). Neste sentido, objetiva-se cartografar as potencialidades e desafios da teleconsulta experienciada pelos profissionais enfermeiros(as) da Estratégia Saúde da Família de Tauá-CE no atendimento a usuários/pacientes e suas famílias, no período pandêmico da COVID-19.

A sua tipologia é descritiva com abordagem qualitativa, para a utilização do método cartográfico buscando criar movimentos de construções, desconstruções e reconstruções, em um movimento sistêmico de se chegar às respostas ao problema desta pesquisa e suas ligações, tal e qual um mapa cheio de pistas ou caminhos.

A cartografia é o método da pesquisa-intervenção que se propõe a um caminhar, com seu percurso e suas metas, considerando os efeitos recíprocos entre investigadores, objeto da pesquisa e da própria produção em ato. Os laços ainda coexistem entre os profissionais e investigador neste espaço-tempo. Assim, cada passo é um movimento revisitado em seus resultados e suas possibilidades junto à equipe da ESF. Por isso, o trajeto da pesquisa foi construído a partir das informações levantadas, interpretadas e/ou compreendidas, determinando as atividades.

Desse modo, adotamos a abordagem da pesquisa-intervenção, uma metodologia afinizada com as pesquisas participantes e pelos movimentos processuais onde a intervenção se realiza, adentrando-se na experiência que protagoniza o sujeito e objeto, teoria e prática num mesmo plano de produção (ROCHA; AGUIAR, 2003).

O conceito como ferramenta para a compreensão do objeto de estudo pode na sua imanência tornar visível as forças e suas relações entre seus atores, implicações no contexto pandêmico com a possibilidade de desconstrução, construção do que tem sido instituído ou desinstituído do campo social. Nestes devires e acompanhamentos processuais do campo social, a realidade faz da cartografia um processo permanente (BARROS; KASTRUP, 2009).

Não se define como algo sem rumo, sem orientação e sem o rigor do trajeto de pesquisa, pois está ancorada em uma base metodológica. Daí, o caminho define a direção, a trilha a seguir, principalmente, porque a experiência também é influenciada pelo seu pesquisador, além do objeto, o pesquisador e os saberes produzidos de forma processual e sistêmica que emergem do fazer. Assim, “[...] tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 18).

Entende-se, portanto, que o estudo se configura como uma pesquisa-intervenção, mantendo o foco nos movimentos e transformações processuais. Além disso, no método cartográfico, considera-se que o pesquisador está inteiramente implicado neste processo, pois se a realidade que se busca é inerente à percepção dos sujeitos e à do pesquisador, ela coexiste na troca dessa percepção (PASSOS; BARROS, 2000).

## **4.2 Sujeitos da pesquisa**

Os enfermeiros(as) das equipes das ESF de Tauá-CE compõem a população de vinte e cinco profissionais de saúde desta pesquisa, e consideramos esta totalidade como o universo amostral. Estes participantes são fontes importantes para o mapeamento da cartografia dos caminhos, funcionalidades, movimentos e afetos deste estudo e seus devires complexos inerentes às suas singularidades e complexidades contextualizadas nas suas experiências.

### 4.3 Critérios de inclusão e exclusão

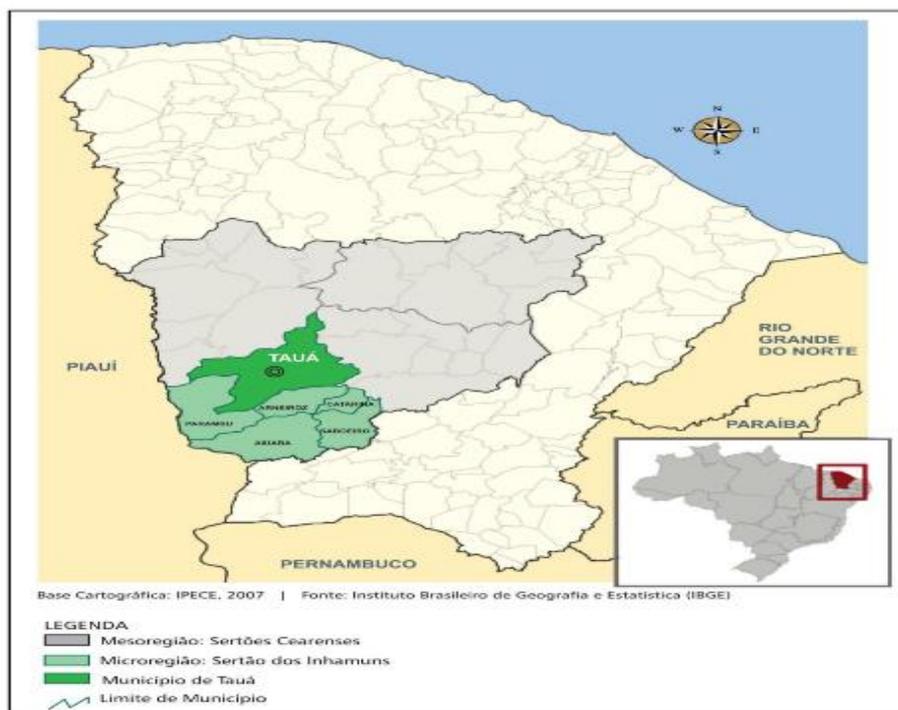
As equipes da ESF do Município de Tauá-CE são compostas pelo universo de vinte e cinco enfermeiros(as), atuantes nas zona urbana e rural.

Na abertura do diálogo para a participação da pesquisa, apenas vinte e três enfermeiros(as) se manifestaram de acordo, sendo que um deles não fez acompanhamento/monitoramento de pacientes com a COVID-19 e o outro não aceitou participar da pesquisa, totalizando vinte e três participantes.

### 4.4 Local do estudo

O campo da pesquisa-intervenção foi o Município de Tauá-CE. Este município, criado em 1801, localiza-se no interior do Ceará, no Sertão dos Inhamuns, distante trezentos e trinta e sete quilômetros da capital Fortaleza. É considerado o segundo maior município cearense em área territorial, inserido por completo no bioma da caatinga, possui cinquenta e nove mil e duzentos e cinquenta e nove habitantes (IBGE, 2021) como se vê na figura 1, que se segue.

**Figura 1 – Localização geográfica de Tauá no Estado do Ceará, Ceará, 2023**



Fonte: IBGE, 2021.

A organização do sistema local de saúde tem uma estrutura composta por dezenove UBS, sendo oito delas localizadas na zona urbana e onze na zona rural. As vinte e cinco (25) ESF (IPCE, 2016) se distribuem por esses territórios para atender a população que se distribui em maior número na zona urbana (32.259) e (23.457) na zona rural (IBGE, 2010). Nesse território também tem os povos quilombolas.

As UBS do Município de Tauá-CE estão divididas por macroterritórios definidos por limites geográficos contínuos. Dessa forma, totalizam cinco (05) macroterritórios que se formam com um quantitativo de quatro (04) a cinco (05) Estratégias Saúde da Família-ESF. Estas ESF têm responsabilidades sanitárias por uma quantidade variável de pessoas.

O mapa da Figura 2, que se segue, traz o Macroterritório V com a equipe São Geraldo 1 da qual a pesquisadora fez parte. Essa equipe compõe uma dentre as três equipes da UBS Bezerra e Sousa, está localizada na zona urbana do município e é responsável por mais ou menos 2300 pessoas.

**Figura 2 – Composição das Estratégias saúde da família do Macroterritório V em Tauá-CE, 2023**



Fonte: Secretaria de Saúde de Tauá-CE (2015).

O Município de Tauá-CE é sede da 14ª região de saúde, juntamente com os Municípios de Aiuaba, Arneiroz e Parambu. Trata-se de um município polo, chamado Polo Tauá-CE, e como tal, recebe usuários referenciados para os seus serviços dos demais municípios.

Como prerrogativa para a instituição de uma região de saúde, o Município de Tauá-CE tem sua rede de serviços composta por vários equipamentos: dezenove UBS com vinte e cinco equipes de ESF, um hospital e maternidade, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD), uma Policlínica, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e um Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU).

#### **4.5 Coleta de dados**

Esse momento ocorreu entre os meses de maio e junho de 2022. Assim, tal e qual um viajante antes de iniciar a sua viagem, planejamos questões que poderiam nos posicionar o pensamento, como uma bússola para encontrar as abscissas norte, sul, leste e oeste para mapear os devires da teleconsulta de Enfermagem. Neste sentido, a trilha traçada neste roteiro de viagem foi guiada por questões construídas, *a priori*, intrínsecas e consubstanciadas em um questionário desenvolvido em duas partes: Parte 1. Características pessoais, familiares e laborais; Parte 2. Teleconsulta de Enfermagem durante a Pandemia da COVID-19 (APÊNDICE B).

Na primeira parte do questionário, há oito questões, relacionadas às variáveis: sexo, idade, tipo de vacina contra SARS-Cov-2, vacinação, ocupação, tempo de serviço, atendimentos mensais e ciclos de vida de atendimento do profissional. E, na segunda parte, há oito questões: meio de comunicação, forma de comunicação, modalidade, motivações, tipos de atendimentos, sentimentos e emoções e recomendações para melhoria das consultas realizadas por telefone.

A trajetória de busca dessas respostas no território da ESF de Tauá-CE, nos remete a pensar no “tempo de viagem”, desse modo, a coleta de dados foi realizada de maneira totalmente virtual, obedecendo à preferência dos sujeitos da pesquisa por essa modalidade. Para tal, o questionário (APÊNDICE B) foi adaptado no formato de formulário da plataforma *Google forms*, e o *link*, enviado pelo contato

telefônico via aplicativo *Whatsapp*. Ressalta-se ainda a carta circular nº 1/ 2021 do CONEP/MS que autoriza e orienta procedimentos de pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual para pesquisa com seres humanos.

Desse modo, de forma virtual, foram enviados convites para participação da pesquisa, o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE” para os enfermeiros(as) (APÊNDICE A) das ESF de Tauá-CE, juntamente com Instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) pelo *Google forms* com a opção inicial de fazer a entrevista de forma virtual ou presencial.

Ressalta-se que as concordâncias dos sujeitos em participar da pesquisa foram formalizadas com a assinatura do TCLE (APÊNDICE A), com as devidas informações éticas lidas, garantindo-lhes sigilo e anonimato das suas respostas, que estão à disposição do Comitê de Ética para qualquer dúvida, baseado nos prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Tauá-CE.

Considerou-se o prazo de preenchimento do Instrumento de coleta de dados, em cada fase, de quinze (15) dias para reabordagem, permitindo a renovação de outros períodos de 15 dias para preenchimento dos mesmos ou reenvio, caso fosse necessário. Essa estratégia possibilitou o alcance da estimativa amostral e também a liberdade do momento adequado para que pudessem responder e/ou completarem em tempo hábil os instrumentos de coleta de dados. Além disso, considerando-se a Pandemia da COVID-19, a comunicação *on-line* tem se mantido uma forma segura, a fim de evitar aglomerados e contatos desnecessários (DAUMAS *et al.*, 2020).

#### **4.6 Organização e análise dos dados**

A organização e análise dos dados coletados ocorreram em junho e julho de 2022, sendo extraído do questionário na Plataforma *Google forms* as respostas dos participantes, gerando dados paramétricos e não paramétricos.

A Parte 1 nos forneceu dados paramétricos os quais foram calculados os números absolutos e seus percentis calculados no *software Excel 20.0*, sendo descritos textualmente.

Os dados não paramétricos se constituíram das respostas qualitativas dos sujeitos referentes a Parte 2, que compuseram o material empírico ou *corpus*, como objeto de análise. Esse *corpus* foi organizado e analisado com lexicografia básica

pelo *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que é um programa de análise de dados textuais ancorado no *software* R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2020) e na linguagem python ([www.python.org](http://www.python.org)) (RATINAUD, 2009). A versão dele utilizada nesta pesquisa foi a 0.7 *alpha* 26/ R 3.4.1. Este *software* possibilita o uso de várias formas de análise de dados textuais diferentes, da simples (Ex.: lexicografia básica) quando usa a lematização, cálculo de frequência de palavras, análises multivariadas como classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial de correspondências e análises de similitude (SALVIATI, 2017).

Dessa forma, os textos gerados a partir das respostas dos participantes à questão 2 “Teleconsulta de Enfermagem durante a Pandemia” e suas sub questões (2.5, 2.6, 2.7 e 2.8) “o que tem motivado você a utilizar o telefone para fazer Consultas de Enfermagem”, “ qual(is) tipo(s) de atendimento(s) são realizados por telefone”, “como é sua experiência( sentimentos e emoções na sua consulta por telefone” e o que você recomenda para a melhoria desse tipo de atendimento (APÊNDICE B) foram transcritos para constituir o *corpus* textual de análise, organizados em um único arquivo preparado de acordo com a codificação requisitada pelo Iramuteq, através das linhas de comando (SALVIATI, 2017). A transcrição textual foi editada em “\*.txt” e padronizada no formato UTF-8 pelo *software* “bloco de notas” para processamento pelo Iramuteq. Então, a edição das respostas foi separada por uma linha de comando, compreendendo a variável “enf” assim definida segundo o número dado a cada participante (\*\*\*\* \*n1 até \*\*\*\* \*n 23), estabelecendo-se o código dos sujeitos variando de “enf.1” a “enf.23” enfermeiros(as).

Em seguida, o *corpus* textual foi lido e relido em busca de palavras compostas e palavras semelhantes, correção de erros de digitação e pontuação e a uniformização das siglas.

Desse modo, foram encontradas algumas repetições de palavras simples e compostas elencadas como relevantes para o estudo analítico. Assim, essas palavras compostas para inclusão no *corpus* para ser processado no *software* Iramuteq necessitavam ter seus caracteres separados pelo comando no teclado, chamado *underline*, substituindo-se, assim, os espaços entre as palavras para serem identificadas como uma única palavra (SOUZA *et al.*, 2018). As palavras simples, com significado semelhante, passaram a ter uma única denominação, a

exemplo disto, tem-se as palavras Paciente e Usuário que passaram a ter a mesma palavra “Paciente”. Essas adaptações de palavras simples e compostas foram realizadas de forma cuidadosa para que o processamento tivesse o maior aproveitamento das palavras compostas no corpus em um dicionário de palavras (APÊNDICE C).

Após a organização do *corpus*, foi selecionado a Classificação Hierárquica Descendente - CHD ou método de Reinert e a análise de similitude (REINERT, 1990, CAMARGO, 2005, CAMARGO; JUSTO 2013, SCHLOSSER; FRASSON, 2019) feita pelo *software* Iramuteq para classificar os segmentos de texto produzidos a partir do corpus desta pesquisa com base na frequência e no  $\chi^2$  (qui-quadrado) dos seus vocábulos.

Sabe-se que as classes são criadas a partir de unidades de contexto elementares (UCEs) formadas por classes lexicais caracterizadas por vocabulário e segmentos de textos específicos de um *corpus* textual, também separadas em função da diferença do vocabulário dos segmentos de textos entre as frases. Assim, na verificação da correlação entre termos, dentro de um mesmo segmento de texto que compõem o *corpus* textual segue além da quantificação de léxicos alcançando uma associação com o contexto em que os termos aparecem. Além de uma análise sintática, que possibilita testar a organização dos termos presentes nos textos e os seus elementos constitutivos.

Neste passo a passo, inseriu-se o *corpus* textual no *software* Iramuteq segundo parâmetros de importação, com algumas alterações mencionadas a seguir: caracteres utf-8-*all languages*, idioma português e o padrão, método de construção de segmento de texto (ST) utilizando parágrafos, sendo que o tamanho vinte (20) foi definido para o ST devido ao tamanho do *corpus*. Também, consideraram-se os seguintes parâmetros de configuração no *software* Iramuteq: opção padrão simples sobre o ST com redução do número máximo de formas analisadas para 1200 devido ao tamanho da base de dados e tamanho de ST reduzido para cinco (05) partições para ter um melhor aproveitamento do *corpus*.

A lematização foi mantida a fim de otimizar a análise dos textos, pois lematizar quer dizer reduzir a palavra ao seu “lema” na forma masculino e singular, mas quando se trata de verbos, o lema é infinitivo. Em propriedades, as classes gramaticais do corpus textual desta pesquisa seguiram o padrão do *software*, ficando ativos os adjetivos, advérbios, substantivos e verbos. Com essa lógica

lexicográfica, estudiosos (SCHLOSSER; FRASSON, 2019) afirmam que o vocabulário é reduzido, abstraindo-se de significado como um pré-processamento de cunho morfossintático que age nos itens lexicais ou palavras produzido a criação das classes de UCEs.

Por fim, após a aplicação do método CHD, os resultados foram dispostos na forma de dendrograma de distância euclidiana, identificando agrupamentos (clusters) com sua ordenação hierárquica descendente advinda das palavras mais frequentes, apoiada pelo qui-quadrado. Mostra-se, assim, a estatística dos dados (frequência, percentual e Qui-Quadrado), as justaposições das partições associadas a cores. Ressalta-se que o teste Qui-quadrado de independência é um teste não-paramétrico que verifica a associação entre variáveis qualitativas, se são independentes ou relacionadas. Isto feito, procedeu-se à análise das classes, correlacionando-as com os segmentos de textos dos participantes da pesquisa, na busca de cartografar os movimentos, funcionalidade, sentimentos/emoções e orientações/recomendações para as práticas de teleconsulta de Enfermagem pela ESF.

A análise de similitude se ancora na teoria dos grafos (SALVIATTI, 2017), e também foi aplicada, na busca de analisar as correlações estruturais, indicando a força de conexão e coocorrências entre as palavras, permitindo o reconhecimento do *corpus* e classificando como fortes quanto mais se aproximavam do campo central e suas conexões em desdobramentos periféricos e fracamente acoplados quando se distanciar (RATINAUD; MARCHAND, 2012).

#### **4.7 Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa (Parecer nº 5.373.169) da Universidade Estadual do Ceará (CEP/UECE) em 27 de Abril de 2022 e seguiu as recomendações de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e objetiva assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Todos os participantes foram instruídos e assinaram o TCLE (APENDICE A), cientes dos benefícios e dos riscos mínimos com o desenvolvimento da pesquisa visto que não foi realizada nenhuma intervenção e nem identificação dos participantes.

A pesquisa é de relevância social, pois pode identificar aspectos que poderão subsidiar a gestão da Atenção Primária no Município de Tauá-CE, contribuindo com a melhoria dos processos de trabalho e da qualidade dos serviços prestados à sociedade e a autora do estudo assume o compromisso de comunicar às autoridades institucionais os resultados.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Territorialização do devir temporal, identitário e laboral dos(as) enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE

Nos caminhos identitários das ESF de Tauá-CE, haviam vinte e três profissionais enfermeiros(as) como participantes da pesquisa, sendo vinte e uma delas do sexo feminino e dois deles do sexo masculino. O contexto identitário relacionado às idades encontrou-se o intervalo entre vinte a quarenta anos ou mais. Assim, treze sujeitos tinham idades dos trinta aos trinta e nove anos, oito deles havia idades de vinte e quatro aos vinte e nove anos e, dois deles havia quarenta anos ou mais.

Os caminhos laborais dos enfermeiros(as) distribuídos temporalmente em anos nas ESF, somaram tempos diversos de experiências na cidade de Tauá-CE. Assim, oito enfermeiros(as) experienciaram o trabalho entre três a cinco anos, seis tiveram apenas um ano, cinco deles trabalhavam há mais de cinco anos e dois deles estavam na experiência da ESF apenas há dois anos.

Neste contexto, a natureza laboral apontava a territorialização da prática assistencial pelos enfermeiros(as).

Nesse processo de trabalho, todos os participantes desta pesquisa residiam e trabalhavam como enfermeiros(as) assistenciais em Tauá-CE. Dentre esses, nove faziam atendimentos mensais para 60 a 80 usuários; oito atendiam em torno de cem ou mais usuários; três participantes faziam seus atendimentos para 40 a 60 usuários e outros três atendiam 20 a 40 usuários.

Na assistência prestada, encontrou-se que todos os participantes desta pesquisa realizavam atendimentos a usuários recém-nascidos, gestantes, crianças e/ou adolescentes, adultos e idosos com um quantitativo mensal variado.

Nesse contexto, esses profissionais necessitavam de cuidados relacionados à biossegurança, pois continuavam realizando atendimentos presenciais. Assim, vinte enfermeiros(as) assistenciais das ESF de Tauá-CE tomaram a terceira dose contra a COVID-19 e, apenas três receberam duas doses, sendo que quatorze deles tomaram *Pfizer* e *Corona Vac*, sete apenas a *Corona Vac* e dois apenas *Pfizer*.

## 5.2 Potencialidades e desafios da teleconsulta em Enfermagem durante a Pandemia COVID-19 nas ESF de Tauá-CE

No espaço das políticas e práticas de saúde e de Enfermagem durante a Pandemia da COVID-19, instituiu-se uma complexa e dinâmica rede de atendimento virtual em que o processo comunicativo ocorria de forma presencial por todos os enfermeiros(as) e usuários/famílias, sendo que quatorze enfermeiros(as) referiram que utilizavam o telefone e cinco faziam uso de outras formas inespecíficas de comunicação.

A finalidade da comunicação foi unanimemente referida pelos participantes e tinha como alvo os atendimentos e consultas, sendo que o tipo de contato entre quinze enfermeiros(as) e usuários ocorreriam por meio do telefone da instituição, sete utilizavam o telefone da equipe enquanto apenas uma participante desta pesquisa utilizava o telefone celular.

Nesse devir das relações entre enfermeiros(as) e usuários/famílias para o cuidado clínico pela teleconsulta, dois caminhos comunicativos e rizomáticos foram trilhados no seu atendimento. Um caminho trouxe a associação entre duas formas de comunicação e o outro caminho não fez associação de formas de comunicação. No primeiro caminho, onze enfermeiros(as) trilhavam rizomas de comunicação verbal pelo atendimento presencial associados ao atendimento por telefone, enquanto três utilizavam três formas de comunicação verbal associadas - telefone, presencial e outra; duas referiram utilizar o modo presencial e outro. No segundo caminho, sete participantes referiram se comunicar apenas pelo modo presencial.

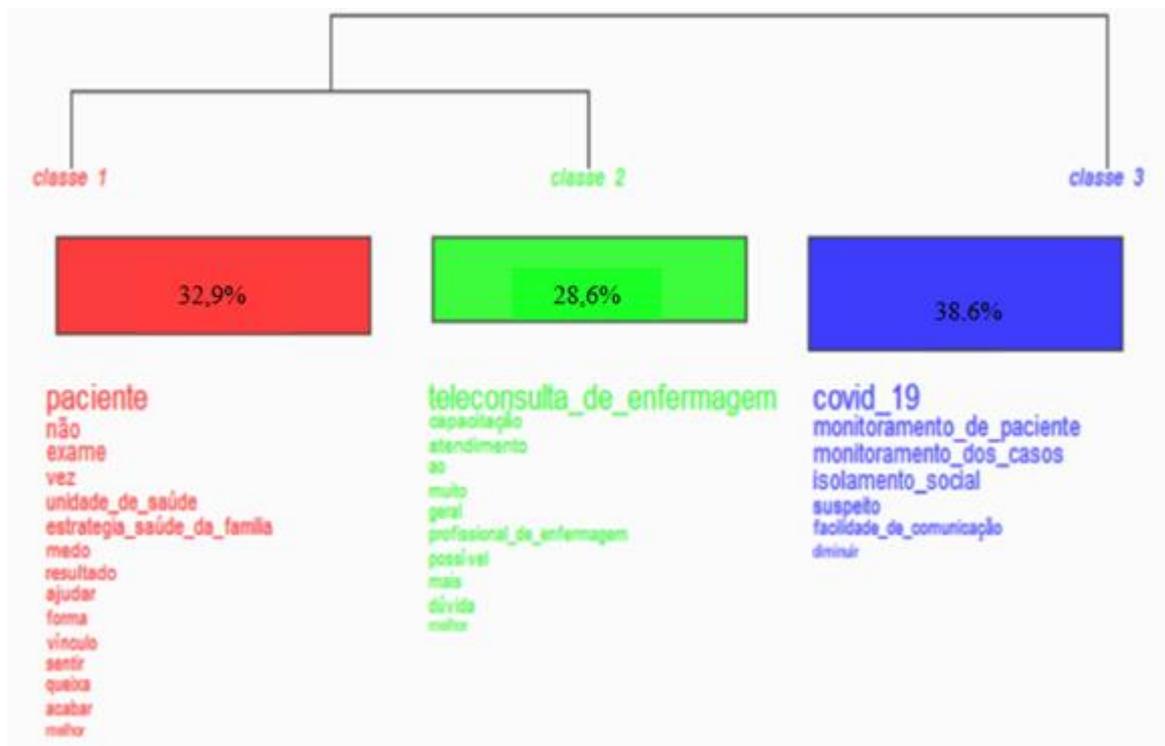
Nos caminhos trilhados pelas modalidades de comunicação verbal, dez enfermeiros(as) referiram ter feito ligações telefônicas diretas e apenas duas fizeram ligações pelo aplicativo *WhatsApp*. Nessa trilha, quatro enfermeiros (as) enviaram mensagens de áudio pelo aplicativo *WhatsApp* e uma por vídeo por *WhatsApp*.

As mensagens escritas foram referidas pelos enfermeiros(as) com uma forma de comunicação escrita em que apenas cinco participantes responderam, sendo que três deles enviavam mensagens por *Whatsapp*, outros dois escolheram enviar mensagens por *Short Message Service \*(SMS)* e nenhuma participante fez opção pelo envio de mensagem por via *email*.

A Figura 3, que se segue, apresenta o dendrograma, gerado pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (IRAMUTEQ, 2020; SALVIATTI, 2017) com o *corpus* criado a partir das respostas dos enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE sobre a teleconsulta de Enfermagem durante a Pandemia da COVID-19.

Observou-se, na Figura 3, que havia três classes predominantes, cada uma delas com seu percentual específico. Na Classe 3, havia um percentual maior (38,6%) dentro do *corpus*, e foi denominada “Olhos e atalhos”. Em seguida foi definida outras duas classes, a Classe 1 com percentual de 32,9%, denominada de “Invisibilidade (presença e ausência)” e com um menor valor de percentual a Classe 2 “Capacidade tecnológica digital” com percentual de 28,6%. Além das nomeações que definem cada classe, também é possível verificar as palavras que as compõem, que estão significativamente associadas e podem ser visualizadas pelas cores correspondentes a cada classe, conforme exposto a seguir, na Figura 3. (SALVIATTI, 2017; SOUZA *et al.*, 2018).

**Figura 3 – Dendrograma do *corpus* textual da Classificação Hierárquica Descendente - CHD sobre a teleconsulta de profissionais enfermeiros da ESF de Tauá-CE, Brasil**



Fonte: Iramuteq 0.7 alpha 2 (2023).

Os segmentos de texto (ST), considerados como os ambientes das palavras, após serem processados, deram origem a um dicionário de palavras, contendo dois tipos de vocabulários: com semelhança entre si e outro com diferenças. Dessa forma, esse sistema apresenta uma lista de contabilizações realizadas sobre o *corpus*, entre as quais se ressaltam oitenta e oito (88) textos e, também, segmentos textuais com novecentos e setenta e um (971) ocorrências, indicando o número total de palavras contidas no *corpus*. Além disso, continham trezentos e setenta e uma (371) palavras que aparecem apenas uma vez, também chamado número de *hápax*.

Os resultados mostraram que houve aproveitamento lexical, em torno de 79,55% do total do *corpus*, assim considerado como um bom aproveitamento em função do índice maior que 75% de acordo com Salviatti (2017).

A partir do Quadro 1, que se segue, é possível observar o detalhamento das palavras que obtiveram um maior processamento pelo *software* Iramuteq, levando em consideração o qui-quadrado( $\chi^2$ ), que organiza as palavras em ordem decrescente, apontando a força de ligação da palavra com a classe; a frequência/ocorrência (n), representativa do número de vezes que a palavra apareceu no *corpus* textual, e o valor em percentual (%) (SALVIATTI, 2017).

**Quadro 1 – Nomeações e distribuições das classes segundo frequências, percentual e qui-quadrado, Tauá-CE, Brasil**

CLASSE 3 “Olhos e atalhos”			CLASSE 1 “Invisibilidade (presença e ausência)”			CLASSE 2 “Capacidade tecnológica digital”		
Palavra	n (%)	$\chi^2$	Palavra	n (%)	$\chi^2$	Palavra	n (%)	$\chi^2$
COVID 19	22(81,48)	34,16	Paciente	19(67,86)	25,91	Teleconsulta de Enfermagem	17(100)	56,13
Monitoramento de pacientes	12(92,31)	19,46	Não	8 (80)	11,7	Capacitação	4(100)	10,61
Monitoramento dos casos	8 (100)	14,38	Exame	5 (100)	11,0	Atendimento	6(75)	9,54
Isolamento social	8 (100)	14,38	Vez	4 (100)	8,67	Ao	3(100)	7,84
Suspeito	6 (100)	10,45	Unidade de saúde	4 (100)	8,67	Muito	4 (80)	6,98
Facilidade de comunicação	3(100)	4,99	ESF	4 (100)	8,67	Geral	2(66,67)	2,23
Diminuir*	-	-	Medo	3 (100)	6,4	Profissional de Enfermagem	2(66,67)	2,23
			Resultado	3 (100)	6,4	Possível	2(66,67)	2,23
			Ajudar	3 (100)	6,4	Mais	2(66,67)	2,23
			Forma*	-	-	Dúvida	2(66,67)	2,23
			Vínculo*	-	-	Melhor*	-	-
			Sentir*	-	-			
			Queixa*	-	-			
			Acabar*	-	-			
			Melhor *	-	-			

Fonte: Adaptação do Iramuteq (2020).

Legenda: \*Palavras sem valores de frequência, percentil e qui-quadrado, presentes apenas uma única vez no *corpus* textual. São elas: “diminuir” da Classe 3; “melhor” da Classe 2; e, “forma”, “vínculo”, “sentir”, “queixa”, “acabar” e “melhor” na Classe 1.

Observou-se, a partir do quadro 1 acima, que na classe 3, a palavra “monitoramento de pacientes” foi a mais significativa após a palavra “COVID-19”, na classe 1, foi mais relevante a palavra “não” depois de “paciente” e na classe 2, foi mais expressiva a palavra “capacitação” posterior a palavra “teleconsulta de Enfermagem”.

A seguir, será detalhado o resultado da classificação pela CHD, sua associação e análise a partir do(s) caminho(s), movimentos, funcionalidades e afetividade dos devires da teleconsulta dos profissionais enfermeiros(as) desta pesquisa e dessa forma identificar as potencialidades e desafios.

### **CLASSE 3: Olhos e atalhos**

Nesta Classe, definida como “Olhos e atalhos” a sua primeira palavra da lista foi “COVID-19”, seguido da palavra “monitoramento de paciente”. As demais palavras representativas em ordem decrescente de valores associativos para o software Iramuteq (2020) foram: “monitoramento dos casos”, “isolamento social”, “suspeito”, “facilidade de comunicação”. A última palavra “diminuir” foi citada apenas uma única vez (Quadro 2).

Observou-se que esse agrupamento de palavras reúne a utilização das tecnologias digitais no contexto da Pandemia da COVID-19 realizada pelos profissionais enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE, relacionado à assistência e ao gerenciamento de Enfermagem. Neste contexto, vimos nos relatos dos participantes desta pesquisa (n=23) que o uso do telefone durante a Pandemia da COVID-19 era motivado pelas ações gerenciais de Enfermagem para promover a [...] *facilidade de acesso* (Enf. 22) do paciente diante da necessidade de [...] *isolamento social* (Enf.11, 15) e a [...] *distância do paciente até a unidade de saúde* possibilitando a [...] *diminuição de chance de contágio pela COVID-19* (Enf. 2, 9).

Além destes aspectos, o gerenciamento e a assistência de Enfermagem pela teleconsulta de Enfermagem durante a Pandemia traziam enfoques do uso do telefone correlacionando a tipos de atendimento como o [...] *monitoramento de casos* (Enf. 3, 5, 8) e [...] *monitoramento de pacientes* para a COVID-19 (Enf. 1, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 19) suspeitos (Enf. 3, 8, 11, 15, 17) ou positivos (Enf. 1, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17), como se vê nas falas que se seguem:

[...] apenas monitorar o estado de saúde do paciente, caso esteja com a infecção por COVID-19 (Enf. 1)

[...] monitoramento de pacientes com COVID-19 que precisam estar em isolamento social e [...] do quadro de saúde de pacientes diagnosticado com COVID-19 (Enf. 14)

[...] monitoramento de pacientes sintomáticos e suspeitos de COVID-19 (Enf. 15)

[...] monitoramento e atendimento de positivos ou suspeitos de COVID-19 (Enf. 11)

[...] monitorar pacientes isolados em domicílio (Enf. 12)

[...] alta da COVID-19 (Enf. 18).

Nas experiências com a teleconsulta dos enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE durante a Pandemia da COVID-19, foi falado por um deles que havia [...] *satisfação em poder ajudar e acompanhar os pacientes com COVID-19* e, também [...] *saber que eles podem contar com a equipe é gratificante* (Enf. 5).

Observou-se que as palavras com menores ocorrências, ou seja, o “monitoramento de pacientes”, “monitoramento de casos” e “suspeitos”, “isolamento social” estavam presentes nos relatos acima descritos dos(as) enfermeiros(as), apontando para associações lexicográficas internas da Classe 3. Além dessas, a palavra composta “facilidade de comunicação” estava presente em um número equivalente a três (3) segmentos de textos com menor ocorrência em relação às demais dessa Classe sendo mencionada nas seguintes falas que se seguem: [...] *A facilidade da comunicação* (Enf. 9, 13, 19) *para entrar em contato com o paciente, sem que o mesmo precise sair de casa* (Enf. 9).

### **CLASSE 1 - Invisibilidade (presenças/ausências) & CLASSE 2 - Capacidade tecnológica digital**

Na Classe 1, definida como “Invisibilidade (presenças/ausências)”, seguido da palavra “paciente”, a palavra “não” aparece como estatisticamente significativa (Quadro 2), conectando-se com o contexto do atendimento clínico do cuidado integral pela teleconsulta de Enfermagem com o uso do telefone durante a Pandemia, como se vê nos relatos, que se seguem:

[...] Me sinto apreensiva, tenho medo de me expressar de uma forma que ofenda um paciente, pois ele não consegue ver minha expressão corporal, e pode acabar interpretando de forma equivocada, tento fazer a melhor escolha de palavras. (Enf 3)

[...] Muitas vezes angústia e medo por não ver o paciente e avaliar pessoalmente o estado clínico, mas também uma sensação de bem estar por estar ajudando ao próximo de todas as maneiras possíveis. (Enf 12)

[...] Apreensão de não estar vendo o paciente, porém ao mesmo tempo de desafio por atender via telefone. (Enf 21)

[...] Sentimento de preocupação pelo paciente por não examinar fisicamente e a observação de não poder olhar no olho do paciente. (Enf 23)

[...] Pelo fato de não ter o contato com paciente presencialmente, acaba dificultando o atendimento em geral. (Enf 8)

[...] Na maioria das vezes satisfatória, com exceção dos casos em que gera dúvida sobre o que o paciente está lhe relatando, não tem como afirmar que o que ele lhe disse era verdade. Educação da população no geral, maioria quer uma consulta por telefone e não quer mais comparecer na unidade. Esse serviço é muito bom para complementar o que já existe, não para substituir. (Enf 9)

[...] Necessário que seja incluído na agenda do profissional, de modo que não seja interrompido por outros atendimentos ou precise ser feito após o expediente de trabalho; qualidade do equipamento utilizado; registro em prontuário. (Enf 16)

[...] Não tenho muito a falar sobre essa possível melhora, usávamos o aparelho e sempre conseguimos um feedback. (Enf 1)

[...] Não perder o vínculo e entregar os exames solicitados dos pacientes. (Enf 4)

[...] distância do paciente até a unidade de saúde e a não contaminação pela COVID-19. (Enf 2)

Verificou-se também, que o processo de teleconsulta de Enfermagem, também foi citado como positivo à medida que diminuía a exposição do paciente à contaminação pela COVID-19 (Enf. 2), pois evitava que o mesmo precisasse se deslocar até a unidade de saúde, além de contribuir para manter o vínculo entre profissional e usuário (Enf. 4).

A Classe 2 - definida como “Capacidade tecnológica digital”. Teve as palavras: “teleconsulta de Enfermagem” e “capacitação” como as primeiras da lista estatisticamente mais significativa na CHD (Figura 3).

Essas aproximações conceituais podem ser reforçadas com as falas, que se seguem, dos enfermeiros(as), participantes desta pesquisa em movimentos que orbitam no pilar do ensino/educação para a teleconsulta em Enfermagem: [...] *preparo e capacitação. Oficinas de treinamento* (Enf. 3), [...] *capacitações que abordem a teleconsulta* (Enf. 12) e [...] *capacitação e curso para teleconsulta ou telemedicina* (Enf. 15).

Outros profissionais também mencionaram a necessidade de disponibilidade de tempo reservado na agenda para realização desse atendimento (Enf. 6, 13,16, 19), dando mais atenção a fala dos pacientes (Enf. 23), tirando suas dúvidas (Enf.22) e fazendo o melhor possível (Enf. 5).

As demais palavras (atendimento, muito, profissional de enfermagem, dúvida), listadas na Classe 2, quando associada à Classe 1, faziam parte do contexto da teleconsulta de Enfermagem durante a Pandemia na zona rural e urbana de Tauá-CE, conforme é possível verificar nas respostas abaixo:

[...] não tenho muito a falar sobre essa possível melhora, usávamos o aparelho (o telefone) e sempre conseguimos um feedback (Enf. 1)

[...] dúvidas gerais sobre atendimentos disponíveis no dia (Enf. 9)

[...] atendimento de casos positivos ou suspeitos de COVID-19 (Enf. 11)

[...] atendimento de enfermagem, médico e multiprofissional (Enf. 21)

[...] um tempo específico para esse tipo de atendimento (Enf. 6)

[...] treinamento adequado para esse tipo de atendimento (Enf. 11)

[...] horários de atendimentos específicos (Enf. 19)

[...] necessário que seja incluído na agenda do profissional de enfermagem, de modo que não seja interrompido por outros atendimentos ou precise ser feito após o expediente de trabalho (Enf. 16).

Verificou-se que os profissionais enfermeiros(as), além do monitoramento de casos e de pacientes suspeitos e positivos para COVID-19, como citado, acima, que também foi possível realizar através da teleconsulta de Enfermagem os seguintes atendimentos aos pacientes, evidenciado pelo *corpus* desta pesquisa:

[...] monitorar casos suspeitos ou suspeitos para dengue (Enf. 3)

[...] planejamento familiar, transcrição de receitas (Enf.4)

[...] consulta de hipertensos (Enf. 10)

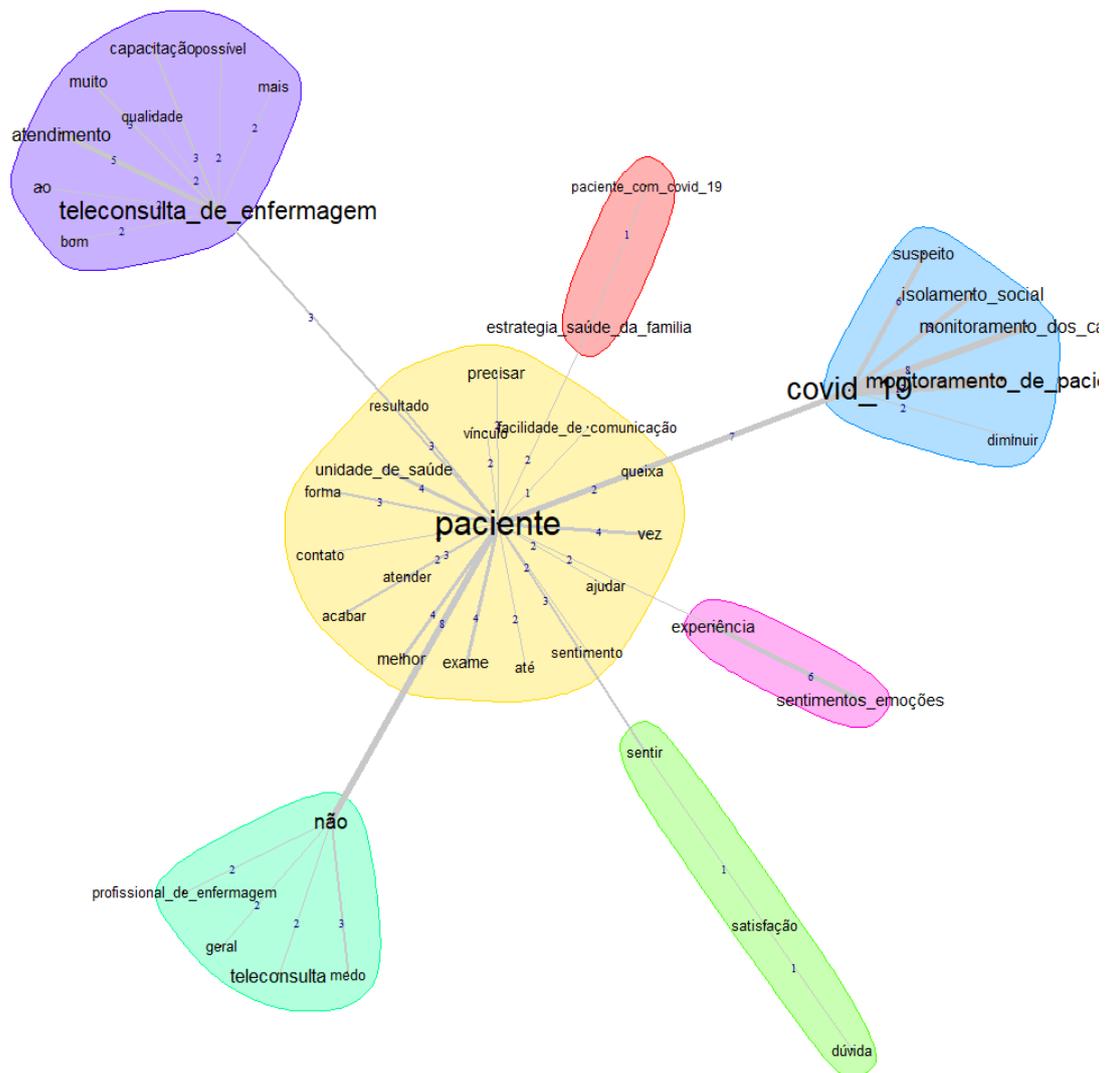
[...] avaliação de estomas e feridas, acolhimento de pacientes (Enf. 15)

[...] agendamento de consultas, solicitação de ambulância e orientações aos grupos de risco ou pessoas sintomáticas (Enf.16)

[...] escuta das queixas, sinais e sintomas e a questão psicológica (Enf. 23)

A força das ligações entre as Classes e suas palavras apontaram contextos pela análise de similitude, como se vê na Figura 4, que se segue.

**Figura 4 – Análise de similitude do *corpus* textual sobre a teleconsulta de profissionais enfermeiros das ESF de Tauá-CE, Brasil**



Fonte: Iramuteq 0.7 alpha 2 (2023).

Na observação da árvore de coocorrência (Figura 4), os resultados mostraram que entre os pares de associações se identificam forças de ligações mais “fortes” e mais “fracas”. O elemento “paciente” se posicionou com maior centralidade, apresentando relações importantes com vários outros elementos que trazem complementaridade e que o fortalecem, distribuindo-se tal e qual um rizoma ao fazer interligações e conexões com a experiência de enfermeiros(as) das equipes da Estratégia Saúde da Família com a teleconsulta de Enfermagem, durante a Pandemia da COVID-19.

Verificou-se os seguintes pares de associações presentes entre os elementos em ordem decrescente de força: paciente - não, paciente - COVID-19, paciente - teleconsulta de enfermagem. Com o mesmo nível de força de ligação a associação entre: paciente - sentir, paciente- estratégia saúde da família e paciente-experiência.

Observou-se uma grande conexão entre as palavras “Paciente” e “não”, que se conectam com a palavra “medo”. Desse modo, a centralidade da palavra “não”, além do “medo”, observadas no seu respectivo halo secundário, reúne outros elementos importantes observados nas palavras teleconsulta, geral, profissional de Enfermagem.

Observou-se que havia uma conexão forte entre paciente e COVID-19 e seus desdobramentos associativos com as palavras monitoramento do paciente, monitoramento dos casos, isolamento social e suspeitos e uma conexão mais fraca com a palavra “diminuir”.

Na conexão entre “paciente” e “teleconsulta de enfermagem”, ficou evidente a associação com as palavras “atendimento”, “qualidade”, “muito”, “capacitação”, “possível”, “mais”, “ao”, “bom”.

Houve uma conexão linear entre “paciente”, “sentir”, “satisfação”, “dúvida”, considerando a centralidade da palavra paciente no halo central.

Verificou-se a conexão existente entre “paciente”, “estratégia saúde da família”, “paciente com “COVID-19”, fortemente relacionada com a força tarefa das suas equipes de saúde em todos os momentos da Pandemia.

E por fim, estabeleceu-se uma associação entre as palavras “paciente”, “experiência”, “sentimentos e emoções”, com uma conexão também linear e mais fraca.

## 6 DISCUSSÃO

No contexto da Pandemia da COVID-19 no Município de Tauá-CE, o diálogo no processo de atendimento de Enfermagem se tornou um percurso diferenciado e cheio de movimentos e funcionalidades. Conhecer esses movimentos e transformações na dinâmica da vida institucionalizada, que segundo Rolnik são cartografados, na busca dos sentidos e significados na realidade com ou sem perda de sentido, criando-se realidades e suas formas de expressar afetos em espaços e tempos naquilo que lhe faz sentido (ROLNIK, 2006).

O mapeamento territorial das experiências dos enfermeiros(as) de Tauá-CE traz suas transitoriedades, "efemeridades", visão de mundo e suas configurações existenciais que podem ser percebidas ao cartografar a realidade vivida com o gatilho das sensações (KASTRUP, 2009). Nesse desenho, acolhem-se os movimentos da teleconsulta de Enfermagem, que na realidade de Tauá-CE, pode-se considerar como meio de compreensão da construção e desconstrução diante da realidade de uma Pandemia e dos afetamentos presentes e sua intensidade percebida na produção do cuidado (ROLNIK, 1989).

A Pandemia da COVID-19, impôs ao setor da saúde a necessidade de implantação de novos modelos de saúde, trazendo uma revolução tecnológica ao setor. Nesse contexto, a teleconsulta de Enfermagem passa a ser utilizada pelos profissionais das ESF de Tauá-CE durante a Pandemia da COVID-19. Um estudo realizado pela Secretaria Estadual do Ceará (SESA), com a utilização de ferramentas de telessaúde no combate à COVID-19 mostrou a eficiência dessas, a facilidade de uso, o recebimento de informações corretas, à garantia do acompanhamento contínuo e integral ao paciente e a sua aceitação, constituindo-se assim como um novo nicho de serviços a serem ofertados (FILHO; CAMPELO, 2022).

As experiências dos profissionais das ESF com o uso do telefone acompanhou a singularidade do caso único de Tauá-CE. Esse município possui uma extensa geografia territorial (IBGE, 2021). Atende a moradores distribuídos pelas zonas urbana e rural do Município, com dificuldades de acesso à unidade de saúde devido à presença de barreiras geográficas, dificuldade de transporte e até de comunicação.

Diante desse contexto, as ESF devem estar preparadas para atender todo o público que necessita do serviço de saúde, pois se caracteriza como porta de entrada principal do Sistema Único de Saúde, tem localização mais próxima ao contexto de vida das pessoas (BRASIL, 2017). No estudo de (COSTA *et al.*, 2020) realizado em uma ESF rural mostrou o quanto ainda é desafiador atender a população do campo. O quanto ainda é necessário reconhecer os saberes e práticas populares, considerando a influência disso na determinação social da saúde e o quanto ainda são necessários profissionais com olhar voltado para as especificidades de cada território, daí também a importância de evitar a rotatividade dos profissionais das ESF para possibilitar o estabelecimento de vínculos.

De acordo com Andrade *et al.* (2013), a criação da ESF deu-se com objetivos de criar elos de diálogo entre os serviços de saúde e a comunidade, estabelecimento de vínculos, aumentando a cobertura de ações primárias de saúde, sobretudo nas regiões mais longínquas, de difícil acesso, onde existem vazios assistenciais, e mudar a lógica hegemônica do sistema de saúde, que se concentrava na atenção médico-hospitalar.

As atividades de rotina da ESF precisaram ser mantidas durante a Pandemia, até porque as previsões preveem um longo curso de convivência com o novo vírus, com alternância de maior e menor isolamento social, o que exige readequação de certos procedimentos e incorporação de outros, para que a ESF funcione cumprindo sua missão, desenvolvendo novas formas de cuidado cotidiano à distância, como a realização de teleconsulta, evitando o risco de aprofundamento da exclusão do acesso e das desigualdades sociais (MEDINA *et al.*, 2020).

Assim, as equipes de saúde precisaram reorganizar seu processo de trabalho, de modo a garantir a continuidade do cuidado e assistência. A teleconsulta rapidamente passou a ser utilizada como ferramenta nos atendimentos. Contudo, o estudo de Galindo Neto *et al.* (2020) traz evidências de que nem todos os profissionais possuem treinamento com ferramentas tecnológicas e/ou virtuais, considerando, ainda, a heterogeneidade do território brasileiro, as limitações técnicas, a inadequação de pacientes, a segurança dos dados e a aceitação dos profissionais.

O Município de Tauá-CE fez a aquisição de aparelhos telefônicos e disponibilizou para as ESF e assim cada equipe ia adaptando e construindo percursos à medida que essa tecnologia ia sendo utilizada em sua realidade local,

sem que existisse, por exemplo: mapa, manual, guia ou procedimento operacional padrão (POP's) a ser seguido. Assim, percebeu-se certa variação na maneira de realização da teleconsulta de Enfermagem, que também pode ser explicada pela carência de experiências prévias de atendimentos através dessa ferramenta.

A prática da teleconsulta de Enfermagem, funciona como um mapa em movimento, no qual inexistente um sentido único para a sua experimentação. Nesse mapa, os sujeitos ou grupos, assim como os territórios, permitem serem atravessados e influenciados por várias de linhas de intensidade. Algumas dessas nos são impostas, outras existem sem muita explicação e há aquelas que temos de inventá-las. Existem pelo menos três delas: a linha dura, de segmentação molecular e a linha abstrata ou linha de fuga. Na primeira há questões ou respostas, explicações, esclarecimentos; a segunda é feita de silêncios, permite interpretações. Já a terceira linha, a linha de fuga, traz a liberdade de qualquer coisa, em uma aceitação tranquila do que acontece em que nada pode mais valer por outra coisa (DELEUZE; GUATTARI, 1996).

Podemos entender que essas linhas se relacionam aos movimentos dos sujeitos, movimentos do desejo, de afetar e ser afetado (ROLNIK, 2007). A linha de segmentaridade dura, finita, visível e consciente, está associada à organização dos territórios (Estado, instituições), ao previsível, à funcionalidade, à condição de início e fim bem estabelecida: sexo, idade, profissão, raça. A linha de segmentaridade flexível relaciona-se à condição desestabilizadora, nômade, migratória, instável. Possibilita o duplo traçado (vaivém) de territorialização e de desterritorialização, coloca em contato com o movimento, a angústia. A linha de fuga representa a linha dos afetos (atração e repulsa), invisível, inconsciente, não admite segmentos. É puro fluxo que nasce entre, corpos, é a passagem do incontrolável, traça devires. “Toda e qualquer formação do desejo no campo social se dá através do exercício ativo dessas três linhas – sempre emaranhadas, sempre imanentes umas às outras” (ROLNIK, 2007).

Dessa forma, têm-se os detalhes das linhas duras com dados relacionados à organização e funcionamento do processo de trabalho e as variáveis: sexo, faixa etária, atendimentos realizados, tempo de serviço, vacinação contra a COVID-19 e o processo de comunicação por teleconsulta.

A teleconsulta de Enfermagem foi realizada por enfermeiros(as) participantes desse estudo sendo a maioria do sexo feminino (91,3%), assim como também foi encontrado em outros estudos (79,8% e 89,05%) (ARAÚJO *et al.*, 2017; LOPES *et al.*, 2020). Dados do COFEN (2013) também corroboram com um predomínio de enfermeiras do sexo feminino (86,2%). A faixa etária mostra profissionais considerados como População Economicamente Ativa (PEA), com predomínio entre 30 a 39 anos. A PEA é definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como a mão-de-obra com o qual o setor produtivo pode contar. No Brasil, é a faixa etária entre 19 e 65 anos, pois a atividade entre 15 e 18 anos apenas é permitida em caráter de aprendiz. Os 65 anos são a idade para a aposentadoria (IBGE, 2015).

A teoria filosófica proposta por Deleuze e Guattari 1995, concebe uma realidade que não é de maneira fixa, hierarquizada e simplificada, amparada numa verdade explicativa, de acordo o modelo das ciências modernas, mas complexa, rizomática e imanente. Refletir sobre imanência e rizomas é considerar que a realidade está em constante transformação e é formada pelo plano das formas e forças, que coexistem nesse processo.

A experiência de atuação assistencial dos enfermeiros(as) no Município de Tauá-CE predominou entre três a cinco anos. Esses enfermeiros(as), com maior ou menor tempo de experiência, precisam ter conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar em momentos de crise, a exemplo da Pandemia de COVID-19, mas também devem desenvolver potencial para atuar em situações diversas, pois de acordo com a Teoria de Afaf Meleis o indivíduo sujeito de nosso cuidado é fruto da chamada “Teoria das transições” e passa por mudanças do tipo desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais. E diante de cada um desses tipos, o cuidado de Enfermagem se faz necessário com o intuito de proporcionar uma assistência eficiente, melhorando o desfecho dos resultados e evitando transições insalubres (COSTA, 2016).

O estudo de Sumiya *et al.* (2021) demonstrou que no momento inicial da Pandemia, profissionais da ESF, a exemplo de enfermeiros e fisioterapeutas, pela pouca experiência de atuação em situações como essa, mostraram níveis medianos de preparação e conhecimento para o enfrentamento da COVID-19. Também devido à situação emergencial imposta pela Pandemia, com redução de pessoal, teve-se limitações relacionadas ao tempo disponível para capacitações. Porém, mesmo

assim, demonstraram alteridade e não deixaram de atuar na Pandemia, colocando-se na linha de frente desse combate, reconhecendo as necessidades de aprimoramento técnico, com atitudes positivas para a busca de informações e conhecimento (SUMIYA *et al.*, 2021).

Os enfermeiros(as), assim como outras categorias profissionais, estavam na linha de frente no combate a COVID-19. Dessa forma, a necessidade de manutenção do funcionamento e da força de trabalho dos serviços de saúde fez com que o processo de vacinação tivesse início pelos trabalhadores da saúde. E assim, no momento da coleta dos dados, em maio e junho de 2022, a maioria dos participantes desse estudo haviam tomado três doses (87%) de vacina contra a COVID-19.

Do momento de início dos primeiros casos de COVID-19, em 2020, até a chegada, liberação e autorização da vacinação, em meados de janeiro de 2021, houve disseminação, aumento significativo de casos e muitas mortes. O Brasil, que tem reconhecimento mundial por ter um excelente Programa Nacional de Imunização (PNI), infelizmente perdeu seu protagonismo dentro do Governo Federal à época. Enquanto a vacinação já acontecia em outros países, o governo brasileiro minimizou a situação e criou embates que atrasaram e prejudicaram a vacinação em nosso país. Além de que a desorganização e o negacionismo atingiram outros setores, mostrando o despreparo na condução da Pandemia (SOUZA, 2021).

Esses profissionais, vacinados parcial ou totalmente contra a COVID-19, vivenciaram momentos longos de isolamento social, porém a demanda de atendimentos exigia atenção às necessidades de saúde básica, educação e promoção da saúde. Nesse panorama, nosso olhar voltou-se para compreender a comunicação dos profissionais enfermeiros(as) das UBS de Tauá-CE com os usuários cadastrados nas equipes das ESF.

Dessa forma, a utilização da teleconsulta de Enfermagem cria uma nova possibilidade de produção do cuidado, pois anteriormente os atendimentos aconteciam predominantemente de modo presencial. Assim, as relações profissionais e usuários serão influenciadas, permitindo o descobrimento das linhas, fluxos, pontos de tensão e subjetividades entre esses (DELEUZE, 2017). Sua experimentação no processo de trabalho, traz novos agenciamentos, linhas de fugas e seus consequentes movimentos de desterritorialização e reterritorialização.

O uso do telefone para atendimento dos pacientes durante a Pandemia da COVID-19 dá início ao movimento que gerará o processo de desterritorialização necessário para produção de subjetividades e conseqüente produção desejante no território da ESF. Dessa maneira, é necessário um novo jeito de produzir cuidado, saúde nos territórios, gerar quebra de paradigmas e abertura para o novo (SILVA *et al.*, 2021). Percebemos, assim, utilizando-nos do termo deleuziano, uma transcendência ao restringir o cuidado em saúde à realização de ações em que profissional e usuário devem estar no mesmo ambiente em contato físico um com o outro.

Todos os participantes desse estudo referiram o uso do telefone com a finalidade de realizar atendimentos e consultas. A maioria (65,2%) referiu utilizar o telefone da instituição para contato com o usuário, sendo a ligação telefônica a forma de comunicação predominante 43,5% em relação às outras formas de comunicação também utilizadas. Esse fato pode ser compreendido porque o contato através de ligação telefônica é mais viável em relação às outras formas, pois permite a comunicação com o usuário/paciente mesmo que esse não tenha crédito ou internet no seu telefone. Esse resultado traz aproximação com um estudo realizado com o objetivo de avaliar a disponibilidade de teleconsulta e a extensão de seu uso na atenção primária da Malásia, no qual encontrou que do total de cento e quatorze (114), a maioria das teleconsultas aconteciam por telefone, sessenta e nove (69) o que representa um percentual de 60,5% (NG *et al.*, 2022).

Outro estudo (GUERRA *et al.*, 2020) encontrou que as principais formas de comunicação se dão através de áudio, vídeo e chamadas por telefone devido à facilidade de acesso e de manuseio, já de uso e conhecimento dos pacientes em suas rotinas. Assim, essa modalidade de atendimento trouxe bons resultados, pois de todos os pacientes (n=69) que deram sequência à reabilitação, cerca de 82,6% (n=57) obtiveram boa evolução. Parte deles, inclusive, recebeu alta com os objetivos atingidos, sendo que os demais pacientes (n=12; 17,4%) receberam alta administrativa para retorno posterior por não terem apresentado boa evolução ou adesão, à distância.

Neste panorama, o estudo de Ferreira *et al.* (2020) encontraram, no escopo da literatura científica da telessaúde no contexto da COVID-19, outros recursos tecnológicos, tais como: sistema para discussão de casos, plataforma de monitoramento, formulário online para monitoramento, plataforma de teleconsulta.

Também foi citado o uso do *Skype* e do *zoom* para comunicação entre profissionais e usuários.

Nesse momento, os profissionais rompem com identidades cristalizadas (no caso, só realizar cuidado de maneira presencial) a favor da construção de um novo território existencial, em que o cuidado remoto também é possível. As linhas de fugas são acessadas para que outros pontos não anteriormente percorridos sejam atingidos. A cartografia da teleconsulta de Enfermagem apresentou relevos em multiplicidade expressos nas relações comunicacionais (DELEUZE; GUATTARI, 1996).

Estudiosos evocam a prática do enfermeiro na ESF brasileira como prática social, ao tomar conta das necessidades sociais de saúde em um dado momento histórico, constituindo-se e se transformando na dinâmica das relações com outras práticas sociais que formam o cenário do SUS (MATUMOTO, 2011 *apud* FERREIRA *et al.*, 2017). Dessa forma, o papel do enfermeiro(a) vai sendo trilhado a partir dos fluxos e das linhas geradas no território existencial, a partir de uma perspectiva rizomática, ancorada na ação das conexões que os sujeitos produzem entre si e com o território externo (SILVA *et al.*, 2021).

Os rizomas dos desejos para a territorialização da teleconsulta pelos enfermeiros diante da Pandemia da COVID-19 na visão de (DELEUZE; GUATTARI, 1995) são sistemas abertos capazes de construir múltiplas conexões. Essas conexões e a heterogeneidade são princípios ativos de um rizoma, que pode ter qualquer um de seus pontos conectados a qualquer outra. Semelhante a um mapa, que é um sistema aberto, conectável em todas as suas dimensões, ele partilha com o rizoma a característica de ter múltiplas entradas.

Continuamos o rastreamento do movimento das forças que agenciam o encontro entre enfermeiros, usuários e familiares. Entretanto, o resultado desse estudo não nos trouxe pistas da teleconsulta de Enfermagem com os familiares, muito embora saibamos do envolvimento desses compartilhando com o profissional a situação de saúde dos seus entes. Capturamos, nesse movimento, o “entre” dessa relação. Todos os envolvidos compõem corpos que atravessam e são atravessados pelo plano das formas e forças, corpos que se atraem ou se repelem em uma realidade atravessada pela multiplicidade.

As funcionalidades do telefone nos atendimentos de Enfermagem podem ser relacionadas ao desejo. O desejo aqui compreendido como motivação, como força propulsora e propositiva do agir em saúde, do trabalho vivo em ato, sendo, ao mesmo tempo, produção material, de sentidos presentes na realidade (GUATTARI; ROLNIK, 2011). Dentre as motivações, os participantes do estudo responderam à necessidade na realização de aspectos relacionados ao gerenciamento, assistência e educação (Figura 3).

Dessa forma, a partir da classificação hierárquica descendente (Figura 3) e da análise de similitude (Figura 4), foi possível mencionar as palavras que tiveram maior força na expressão dos enfermeiros(as) participantes desse estudo, gerando três classes, a partir das quais é possível identificar as potencialidades e desafios da teleconsulta de enfermagem.

A classe 3 (Figura 3), foi considerada como a de maior representatividade no corpus do estudo, sendo definida como “Olhos e atalhos”. A teleconsulta de enfermagem, consistiu em um atalho diante da situação da Pandemia da COVID-19, consistindo numa forma de diminuir a distância entre profissional e usuário, para facilitar e produzir o cuidado, e assim manter a assistência à saúde. E o monitoramento que foi um atendimento realizado constantemente durante a Pandemia representa os “olhos” e porquê não dizer também os “ouvidos” para evidenciar a atenção ao usuário, que ele está sendo visto e escutado.

Neste contexto, verificou-se nos relatos dos participantes desta pesquisa que o uso do telefone durante a Pandemia da COVID-19 era motivado pelas ações gerenciais de Enfermagem para promover a facilidade de acesso do paciente diante da necessidade de isolamento social e a distância do paciente até a unidade de saúde, principalmente daqueles que residem na zona rural e necessitam de transporte até a unidade de saúde, possibilitando a diminuição de chance de contágio pela COVID-19. Esses dados podem ser reafirmados em estudos como o de Guerra *et al.*, (2020) que trouxe a redução de gastos com transportes e deslocamentos até a unidade de saúde e também se mostrou eficiente pela possibilidade de oferecer os serviços de forma remota mesmo para lugares longínquos, como áreas rurais ou em situações de isolamento social como o encontrado no momento (WHO, 2019).

Além destes aspectos, os enfermeiros (as) participantes desse estudo relataram que a assistência de Enfermagem realizada através da teleconsulta traziam enfoques do uso do telefone para realização de atendimentos como: monitoramento de casos e de pacientes suspeitos ou positivos para a COVID-19, através de ligações diárias a fim de acompanhar e monitorar o estado de saúde dos mesmos até o dia da alta e realizar encaminhamento precoce daqueles com presença de sinais de alerta para as unidades de atenção secundária.

Desse modo, através da análise de similitude é reforçado que havia uma conexão forte entre as palavras paciente e COVID-19 e seus desdobramentos associativos com as palavras monitoramento do paciente, monitoramento dos casos, isolamentos sociais e suspeitos e uma fraca conexão com a palavra “diminuir”. O processo de cuidar de forma integral pela teleconsulta de Enfermagem envolveu o monitorar constante de casos e pacientes suspeitos e positivos em isolamento social com a finalidade de diminuir a transmissibilidade da doença e continuar realizando o cuidado mesmo que de forma remota.

Com o período de *lockdown*, alguns serviços presenciais foram suspensos. Dessa forma, outras demandas também foram atendidas através da teleconsulta como: condições e doenças crônicas como consultas de hipertensos, pacientes com dengue e realização de planejamento familiar. O estudo de Ferreira *et al.* (2020) encontrou resultado similar, a utilização da teleconsulta permitiu também o acompanhamento de usuários com outras condições de saúde como doenças crônicas que necessitam de uma assistência contínua.

No estudo de Medina *et al.* (2020) foi visto que o suporte social da ESF tem ampliado seu cuidado na resposta às necessidades de populações socialmente vulneráveis e de grupos de risco, como idosos e indivíduos que apresentam comorbidades, que vivem cotidianamente situações de isolamento ou restrições, agora agravadas. Essa população precisará de apoio e atendimento pela rede de serviços de saúde e acesso aos mecanismos de proteção social.

Ainda na Classe 3 (Figura 3), a palavra composta facilidade de comunicação esteve presente na fala dos participantes deste estudo, também como uma potencialidade para facilitar o contato com o paciente de maneira mais ágil.

Entretanto, esse movimento da comunicação por telefone configurava-se como um caminho complexo. O contato por telefone com o familiar ou com o paciente com suspeita ou positivo para a COVID-19 era realizado de forma alternada

com os atendimentos e outras demandas realizadas de maneira presencial na UBS. Não existia horário reservado na agenda para esse momento de teleconsulta, tornando desgastante para o profissional realizar, simultaneamente, o trabalho remoto e presencial. Ainda assim, nem todos os pacientes que precisavam do atendimento *online*, era possível ter sucesso na comunicação, seja por falha na rede de internet, seja pelo desinteresse do paciente em receber as orientações ou pela não compreensão do usuário do que foi orientado pelo profissional.

A classe 1 (Figura 3), foi considerada como a segunda de maior percentual no corpus do estudo, sendo definida como “Invisibilidade (presença e ausência)”. O contexto das experiências vivenciadas no território de Tauá-CE através da teleconsulta foram desafiadoras. A invisibilidade pelo fato de que através do contato por ligação telefônica não ser possível ver quem está do outro lado e não saber quem tá respondendo, se é o paciente ou familiar, a impossibilidade em realizar exame mais detalhado, devido à ausência de contato físico com o paciente, além da possibilidade de falha no processo comunicativo.

Na Classe 1 (Figura 3) “Invisibilidade (presença e ausência)”, também perceberam-se as relações contextuais e sua articulação com as seguintes palavras: exames, unidade de saúde, medo, vínculo, forma, melhor, indicando movimentos complexos do cotidiano dos saberes e práticas de atendimento dos profissionais enfermeiros(as) e suas interfaces com o paciente no isolamento social imposto pela Pandemia da COVID-19.

Na análise de similitude do *corpus* textual sobre a teleconsulta de enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE (Figura 4), havia uma grande conexão entre as palavras “Paciente” e “não”, que se conectam com a palavra “medo”, ocasionado provavelmente por dificuldades geradas na comunicação e preocupação do profissional de Enfermagem em não conseguir avaliar de maneira completa o paciente devido à falta do exame físico, levando a possíveis interpretações equivocadas na teleconsulta de Enfermagem. Desse modo, a centralidade da palavra “não”, além do “medo”, observadas no seu respectivo halo secundário, reúne outros elementos importantes observados nas palavras teleconsulta, geral, profissional de Enfermagem. Esses envolvem questões relacionadas ao cuidado integral na teleconsulta pelos enfermeiros(as) em uma situação singular de isolamento social para evitar transmissão e agravos decorrentes do aumento crescente de casos da COVID-19.

A classe 2 (Figura 3), foi considerada como a de menor percentual no corpus do estudo, sendo definida como “Capacidade tecnológica digital” através da teleconsulta de Enfermagem. Essa classe, teve uma forte associação com a questão das sugestões e/ou orientações para a prática, visto que foi possível captar os registros de vários profissionais sugerindo a necessidade de capacitação em teleconsulta, como também tempo reservado na agenda para realização desse atendimento, dando mais atenção a fala dos pacientes, tirando suas dúvidas e fazendo o melhor possível.

Na análise de similitude (Figura 4), a conexão entre "paciente" e “teleconsulta de enfermagem”, ficou evidente a associação com as palavras “atendimento”, “qualidade”, “muito”, “capacitação”, “possível”, “mais”, “ao”, “bom”. Percebe-se, neste contexto, que os atendimentos buscavam uma possível melhoria da qualidade da teleconsulta por meio de capacitação dos profissionais de Enfermagem para atuar no território de Tauá-CE.

A classe 2 (Figura 3), teve uma forte associação em relação aos aspectos educativos, os enfermeiros (as) participantes desse estudo relataram necessidade de preparo e capacitação, oficinas de treinamento, como recomendação para melhoria da teleconsulta em Enfermagem e também o processo educativo voltado para população, no sentido da compreensão da finalidade do telefone para as consultas. Esses dados podem ser reafirmados nos estudos de (WHO, 2019; HARZHEIM *et al.*, 2017) quando referem que o apoio institucional também é considerado importante para que seja viável. Investimento em treinamento dos profissionais e uso das tecnologias por toda equipe e também por Rodrigues *et al.*, (2021) ao referirem que o treinamento da equipe é imprescindível para permitir uma consulta de Enfermagem de qualidade, possível de identificar problemas e realizar diagnósticos precisos, com o uso de perguntas sabiamente intencionais, e a sugestão de intervenções pertinentes para se alcançar os resultados esperados.

Nesse contexto educativo, podemos citar o exemplo da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que elaborou um Guia de Orientação com a finalidade de apoiar os profissionais enfermeiros na prática clínica da Teleconsulta em Enfermagem (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2020).

Na conexão entre “paciente”, “sentir”, “satisfação”, “dúvida” (Figura 4), considerando a centralidade da palavra paciente no halo central, percebeu-se que na maioria das vezes a experiência do enfermeiro (a) com a teleconsulta trazia satisfação, exceto em situações que geram dúvida quanto à veracidade das informações do paciente fornecidas pelo telefone.

As relações entre as palavras: “paciente”, “experiência”, “sentimentos e emoções” (Figura 4), tiveram uma conexão linear. As experiências relacionais dos atores, profissionais de Enfermagem e pacientes atendidos suspeitos ou não de COVID-19 para consultas clínicas da APS enfrentaram as barreiras do isolamento social e dos riscos da transmissibilidade do vírus SARS-Cov-2, gerando a necessidade de atendimento por teleconsulta.

Os afetos produzidos através da relação usuário e profissional nesse caminho trilhado pelo movimento da teleconsulta, gerou uma multiplicidade de sentimentos e emoções, aqui evidenciadas sob a ótica dos profissionais, como: satisfação, sensação de bem-estar por estar atendendo e ajudando o usuário mesmo que a distância, sendo prestativo. Guerra *et al.*, (2020) também menciona a continuidade da assistência durante o isolamento social e amparo no período de maiores dúvidas.

Outros sentimentos também foram relatados pelos participantes desse estudo: medo, insegurança, apreensão, receio por não estar vendo, examinando o paciente fisicamente, e também o cansaço desse movimento de atendimento por teleconsulta. O estudo de Ferreira *et al.* (2020) corrobora com esses achados, quando descreve o uso da teleconsulta relacionada a impossibilidade em realizar exame físico por métodos propedêuticos (palpação, percussão e ausculta), bem como a falta de privacidade para realizar a consulta e, manter o equilíbrio entre as necessidades advindas com a Pandemia com a prestação de serviços para outras demandas da população.

A análise desses sentimentos e emoções foi possível porque cartografar significa acompanhar processos e produção de subjetividade, determinar o desenho da rede de forças em que o fenômeno em estudo está sendo afetado, destacando as conexões, mobilidade e mutações permanentes, permitidas pela imersão do cartógrafo no campo coletivo das forças (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

A subjetividade é produzida sempre nas relações, nunca é dada. E o que é importante está no “entre” que se constrói a partir desse encontro entre sujeitos e coletividades variadas. Assim, pode-se falar em multiplicidade da subjetividade, uma vez que ela afeta e sofre afetamentos nesses encontros. Afetamentos possíveis porque as linhas se movimentam rizomaticamente nesse “entre”. Portanto, a subjetividade não é cristalizada, ela pode ser agenciada, recriada (GUATTARI, 1992).

Dessa forma, a partir dessas experiências em teleconsulta com os profissionais enfermeiros(as) de Tauá-CE, foi possível identificar potencialidades e desafios da Teleconsulta de Enfermagem. Dentre as principais potencialidades podemos destacar: a facilidade de acesso do paciente aos profissionais de saúde, pois a comunicação acontecia de maneira mais rápida, evitando seu deslocamento até a UBS, a manutenção do vínculo profissional e paciente, e também a resolutividade de várias demandas a exemplo dos pacientes com doenças crônicas (hipertensos), atendimento à saúde da mulher (planejamento familiar) e doenças sazonais (dengue).

O uso da teleconsulta também tem a potencialidade de poder contribuir para a redução dos gastos públicos, pois haverá diminuição na utilização de insumos e equipamentos de proteção individual (EPI's) por não haver contato físico, além de promover atendimento seguro e rápido para o paciente com possibilidade de tornar esse protagonista do autocuidado (FERREIRA *et al.*, 2020).

O estudo de Guerra *et al.* (2020) traz aproximações com os resultados encontrados acima, pois através da teleconsulta de Enfermagem é possível dar continuidade da assistência durante o isolamento social, reduzindo a exposição do paciente e do profissional ao risco de contaminação pelo vírus Sars-CoV-2, pois o paciente foi assistido no conforto do seu lar com amparo no esclarecimento de dúvidas, orientações com o uso de empatia, de linguagem simplificada nas abordagens, sem contar com redução de gastos com transportes e deslocamentos até a unidade de saúde.

No campo dos desafios merece destacar a necessidade de estabelecer uma comunicação eficaz entre profissionais e pacientes, organizar a agenda dos profissionais, estabelecendo horários para teleconsulta, fazendo os registros necessários em prontuários, ter disponíveis equipamentos de qualidade e realizar a teleconsulta de Enfermagem seguindo as recomendações de acordo com a resolução

que regulamenta essa prática e atingir o objetivo da teleconsulta, devido à impossibilidade de realização de exame físico.

As diferenças de atendimento se estabelecem nessa relação profissional e usuário, pois ambos tinham o potencial de sofrimento psíquico. Neste contexto epidemiológico, a força tarefa da Enfermagem evocava a alteridade na busca de manter o vínculo, o acolhimento e a ajuda com esperança e empatia mesmo que na singularidade propriamente dita do enfrentamento houvesse cansaço, desespero, angústia, medo, preocupação, insegurança em não poder minimamente realizar o exame físico, melhor avaliar pela teleconsulta, dificultando o prognóstico. Por outro lado, alguns pacientes protagonizaram resistência em aceitar as chamadas.

Nesse contexto, é possível observar que o uso de inovações tecnológicas é positivo e necessário, todavia trazem mudanças no processo de trabalho que geram aumento da carga de trabalho aos profissionais, exigindo uma adaptação à nova prática. Com isso, advém a necessidade de capacitações e treinamentos para o manuseio e novas maneiras de realizar o trabalho. Conseqüentemente, esse aumento da carga de trabalho se associa à qualidade da assistência prestada, trazendo risco de cometer erros, comprometendo a segurança dos usuários dos serviços de saúde e também possibilitando risco à saúde do trabalhador (PIRES *et al.*, 2012).

Além de toda complexidade existente em uma teleconsulta de Enfermagem, ainda há problemas de comunicação diante das barreiras existentes em um meio eletrônico. Dentre elas: a instabilidade da rede de internet, desconfiança, falta de vínculo com o paciente, dificuldade de interpretação, pouco manejo com tecnologia (caso de pacientes e cuidadores idosos), pacotes e qualidade de internet, som, alguns procedimentos não são igualmente efetivos à distância (ZLUHAN, 2021). Existem também preocupações com a privacidade de dados e obtenção do consentimento informado (WHO, 2019; HARZHEIM *et al.*, 2017).

Apesar dos desafios relatados, a teleconsulta foi bem aceita e positiva para a maioria dos pacientes e vem se mostrando relevante no contexto da ESF (GUERRA *et al.*, 2020). Sair daquilo que aparece tal qual algo dado como cristalizado e, literalmente, fazer a fuga ativamente, desterritorializando-se e encontrando as forças que operam para uma produção desejante (SILVA *et al.*, 2021).

Investir em educação permanente com o desenvolvimento de ações voltadas ao uso de tecnologias em saúde é fundamental. Criar espaços para discussão e reflexão acerca de como esta nova forma de cuidar está sendo agregada à rotina de trabalho do enfermeiro, ampliando a compreensão de sua aplicação na área da saúde.

A teleconsulta é, portanto, uma Prática Avançada de Enfermagem (PAE), que exige do(a) enfermeiro(a) o desenvolvimento pleno de seu raciocínio clínico para a implementação de um processo de Enfermagem bem delineado, o qual deverá estar alicerçado em um arcabouço teórico sólido. Sua realização requer pleno envolvimento do profissional para conhecer o paciente como indivíduo, através da aplicação de um instrumento construído e embasado em um modelo teórico que utilize taxonomias padronizadas e que seja adequado à condução da teleconsulta. (RODRIGUES *et al.*, 2021).

A Teleconsulta em Enfermagem merece destaque, pois emerge como uma nova forma de cuidar, permitindo a assistência em enfermagem ao paciente mesmo que à distância, exigindo uma linha de fuga à nova prática que força mudanças no processo de trabalho, promovendo uma reterritorialização. Assim, pode-se dizer que as dificuldades que surgiram com a implantação e implementação da teleconsulta foram de certa forma esperadas, considerando que tal ferramenta não fazia parte da rotina de trabalho.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo permitiu constatar que a ferramenta tecnológica da teleconsulta foi utilizada durante a Pandemia da COVID-19, para acompanhar usuários e suas famílias. Através do método cartográfico foi possível descrever as experiências vivenciadas pelos profissionais enfermeiros(as) das ESF de Tauá-CE, e destacar o potencial desses em desterritorializar-se para garantir a produção do cuidado a partir da realização dessa nova prática de assistência à saúde.

A cartografia apresenta relevos em multiplicidade, sendo possível atingir os objetivos dessa pesquisa ao identificar: os caminhos (pistas) trilhados pelos movimentos, afetividade (sentimentos e emoções) e funcionalidades (gerenciamento, assistência e educação) do atendimento pela teleconsulta de Enfermagem, cartografando suas potencialidades e desafios.

Como potencialidades no uso da teleconsulta, podemos destacar a facilidade de acesso e de comunicação entre profissionais e usuários, evitando o deslocamento dos mesmos às unidades de saúde, sobretudo para aqueles que residem a longas distâncias, a manutenção da assistência à saúde, permitindo que o usuário sintá-se amparado e cuidado pelo profissional, não perdendo o vínculo e a agilidade no atendimento.

Em relação aos desafios, o estudo evidenciou a necessidade de melhor organização dos atendimentos, estabelecendo horários na agenda disponível para as teleconsultas, com comunicação eficaz e registros em prontuários, equipamentos de boa qualidade, necessidade do envolvimento de outras categorias profissionais e capacidade de resolução, mesmo com a impossibilidade de contato físico e ausência de exame físico mais detalhado. Outro fator mencionado por vários participantes foi a escassez de capacitações e/ou treinamento, o que pode limitar sua compreensão acerca da teleconsulta e dificultar a incorporação efetiva dessa tecnologia.

Sendo assim, torna-se necessário readequar a forma como o processo da teleconsulta vem sendo realizada, para que melhores resultados possam ser alcançados na assistência aos usuários. Faz-se necessário que sejam realizados capacitações e treinamentos acerca da temática, visando não somente capacitar o profissional, mas também permitir adaptação à nova prática, que se bem utilizada, pode ser bastante resolutiva para várias demandas. Também seria positivo

incentivar a troca de experiências com outros serviços que utilizam o cuidado remoto.

Todavia, as mesmas dificuldades constituem uma oportunidade de melhoria, alavanca na construção do saber na vivência profissional, impulsionando elevação nos padrões assistenciais e estímulo a melhorias tecnológicas. Para o município da pesquisa propõe-se a construção de um Mapa, com orientações para a teleconsulta de Enfermagem na ESF como forma de melhoria e facilitação dessa ferramenta de trabalho.

Recomenda-se ainda que mais estudos atinentes à temática sejam desenvolvidos, visando avaliar seu uso e outros aspectos relacionados de maneira abrangente, como a aceitabilidade e também a experiência por parte dos usuários em relação à teleconsulta. Novas abordagens e estudos, em outros contextos, também são sugestivos, pois a temática é de relevância ampla, inesgotável e que ainda carece de literatura científica.

Por fim, como autora do estudo que acompanhou processos, a partir da cartografia, evidencia-se que conhecer a realidade é acompanhar seu processo de instituição, uma vez que não se pode alcançar isso sem estar imersa no plano da experiência. Para conhecer a teleconsulta em Enfermagem, somente alguém que também vivenciou esse processo à medida que desterritorializações foram possíveis para a construção de novas reterritorializações no cuidado remoto.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. *et al.* A estratégia saúde da família e o SUS. *In:* ROUQUAYROL, M. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 601- 621.

ARAÚJO, M. A. N. A.; FILHO, W. D. L. F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, R. D.; SOUZA, J. C.; VIDMANTAS, S. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4716-4725, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231214>. Acesso em: 6 fev. 2023.

ARAÚJO, R. R. **Saúde mental na atenção primária: uma cartografia**. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/53519>. Acesso em: 6 fev. 2023.

ASIMAKOPOULOU, E. Telenursing in clinical practise and education. **International Journal of Caring Sciences**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 781-782, maio/ago. 2020. Disponível em: [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/1\\_asimakopoulou\\_editorial\\_13.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/1_asimakopoulou_editorial_13.pdf). Acesso em: 4 fev. 2023.

BALQIS, U. M.; SURYADIN, A. The family care's telenursing for elderly with COVID-19: a case report. **Journal of Health Science and Prevention**, [S.l.], v. 6, n. 1, mar. 2022. Disponível em: <http://jurnalfpk.uinsby.ac.id/index.php/jhsp/article/view/683>. Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.989 de 15 de Abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina enquanto durar a crise ocasionada pelo Coronavírus. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Lei Nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 1986. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm#:~:text=LEI%20No%207.498%20C%20DE%2025%20DE%20JUNHO%20DE%201986.&text=Dispõe%20sobre%20a%20regulamentação%20do,Art](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=LEI%20No%207.498%20C%20DE%2025%20DE%20JUNHO%20DE%201986.&text=Dispõe%20sobre%20a%20regulamentação%20do,Art). Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de operacionalização contra covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 16 dez. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-covid-19.pdf/>. Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 fev. 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188\\_04\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html). Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Portaria Nº 2436 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Portaria Nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 mar. 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt/portaria%20nº%20467-20-ms.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20nº%20467-20-ms.htm). Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2023.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005. v. 1, p. 511-539.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. Florianópolis: UFSC, Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 6 fev. 2023.

CARVALHO, E. C.; SOUZA, P. H. D. O.; VARELLA, T. C. M. M. L.; SOUZA, N. V. D. O.; FARIAS, S. N. P.; SOARES, S. S. S. COVID-19 Pandemia e a judicialização da saúde: um estudo de caso explicativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3354, jun. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/Z9L5sggXdBpqM5bdcywg9xn/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

CELES, R. S; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G.; SANTOS, C. M. L.; CARDOSO, C. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S. l.], v. 42, p. 1-8, ago. 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49154>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**. 2013. Rio de Janeiro: COFEN. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 26 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 634, de 26 de Março de 2020**. Autoriza e normatiza, “*ad referendum*” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020\\_78344.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html). Acesso em: 19 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 696, de 17 de Maio de 2022**. Dispõe sobre a atuação da enfermagem na saúde digital, normatizando a telenfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022\\_99117.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html). Acesso em: 6 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução CONFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 6 fev. 2023.

COSTA, L. A.; CARNEIRO, F. F.; ALMEIDA, M. M.; MACHADO, M. F. A. S.; DIAS, A. P.; MENEZES, F. W. P.; PESSOA, V. M. Estratégia saúde da família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 43, n. 8, p. 36-49, dez. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/8jK7WwBqCBRpBPcg8WNZyFM/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

COSTA, L. G. F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 137-145, out. 2016. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181>. Acesso em: 6 fev. 2023.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da vigilância em saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, e2020002, mar. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222020000100100&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100100&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 29 jul. 2021.

DANTAS, C. N.; SANTOS, V. E. P. S.; TOURINHO, F. S. V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2800014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/VtXc5rmVKh3H7QYrCPVRB8d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCA, R.; LEITE, I. C.; BRASIL, P.; GRECO, D. B.; GRABOIS, V.; CAMPOS, G. W. S. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento do COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00104120, maio 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/LpxCJfYrMkRWnBr7K9pGnXv/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2017.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Kafka**: pour une littérature mineure. Paris: Minuit, 1975.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 1996. v. 3.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é filosofia?** Editora 34, 2010. 272p

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**- capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995a.

EMMEL, N. **Participatory mapping**: an innovative sociological method. Real Life Methods toolkit 03. Manchester: University of Manchester, 2008.

FERREIRA, D. D. S.; MACIEL, N. D. S.; CHAVES, G. D. S.; JOAQUIM, D. C.; LUZIA, F. J. M.; EDMARA, C. C. Telessaúde no contexto da pandemia da COVID-19: revisão de escopo. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 34, p. e-021087, jun. 2021. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1015>. Acesso em: 6 fev. 2023.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 704-709, 2018. Sup. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=en>. Acesso em: 6 fev. 2023.

FILHO, R. F. A.; CAMPELO, C. M. Ferramentas de telessaúde no combate à COVID-19 no Ceará. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 107-113, abr./jun. 2022. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/714>. Acesso em: 6 fev. 2023.

GALINDO NETO, N. M. G.; SÁ, G. G. M.; BARBOSA, L. U.; PEREIRA, J. C. N.; HENRIQUES, A. H. B.; BARROS, L. M. COVID-19 e tecnologia digital: aplicativos móveis disponíveis para download em smartphones. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20200150, mar. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072020000100203&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100203&tIng=en). Acesso em: 6 fev. 2023.

GOLDSTEIN, R. A. **A cartografia na estratégia de saúde da família**: instrumentos para incorporação do território na atenção primária à saúde. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ens-33270>. Acesso em: 6 fev. 2023.

GOLDSTEIN, R. A.; BARCELLOS, C.; MAGALHÃES, M. A. F.; GRACIE, R. V. F. A experiência do mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a EFS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 45-56, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/QndtBJQ3CmsrhMZzFyW9rjC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

GREENHALGH, T.; CHOON HUAT KOH, G.; CAR, J. Covid-19: avaliação remota em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2461, abr. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2461>. Acesso em: 6 fev. 2023.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 12. ed. Petrópolis: vozes, 2011.

GUERRA, E. R.; CARMO, N. B.; BOUERI, A. D. G.; SANTOS, T. F. D. S.; OLIVEIRA, L. V. Implementação da teleconsulta na enfermagem de reabilitação durante a Pandemia pelo coronavírus; relato de experiência. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 1-6, abr. 2020. Disponível em: <http://www.redcps.com.br/detalhes/117/implementacao-da-teleconsulta-na-enfermagem-de-reabilitacao-durante-a-Pandemia-pelo-coronavirus--relato-de-experiencia>. Acesso em: 6 fev. 2023.

INSTITUTE FOR VOLUNTEERING RESEARCH. **Using participatory mapping to explore participation in three communities** – Pathways through participation. 2010. Disponível em: <https://www.bl.uk/collection-items/using-participatory-mapping-to-explore-participation-in-three-communities>. Acesso em: 6 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/taua.html>. Acesso em: 6 fev. 2023.

ISIDORI, V. *et al.* Digital technologies and the role of health care professionals: scoping review exploring nurses' skills in the digital era and in the light of the covid-19 pandemic. **JMIR Nursing**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. e37631, out. 2022. Disponível em: <https://nursing.jmir.org/2022/1/e37631>. Acesso em: 4 fev. 2023.

LANA, R. M.; COELHO, F. C.; GOMES, M. F. C.; CRUZ, O. G.; BASTOS, L. S.; VILLELA, D. A. M.; CODEÇO, C. T. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, :e00019620, fev. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/>. Acesso em: 6 fev. 2023.

LANHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, [S.l.], v. 20, n. 38, p. 1-7, out. 2001. Disponível em: <http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>. Acesso em: 6 fev. 2023.

LOPES, O. C. A.; HENRIQUES, S. H.; SOARES, M. R. I.; CELESTINO, L. C.; LEAL, L. A. Competências dos enfermeiros na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190145, dez. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M.; AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, ago. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHnrPTcBb7Yy/?lang=pt>. Acesso em: 29 jul. 2021.

MERHY, E, E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. D. M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 43, n. 6, p. 70-83, nov. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

MINAYO, M. C. D. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 6 fev. 2023.

MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: vozes. 2002.

MOHR, H. S. S. **Teleconsulta em enfermagem nos tempos de Pandemia**: estudo exploratório. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/220248/TCC\\_Helena\\_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/220248/TCC_Helena_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 6 fev. 2023.

NG, S. W.; HWONG, W. Y.; HUSIN, M.; AB RAHMAN, N.; NASIR, N. H.; JUVAL, K.; SIVASAMPU, S. Assessing the availability of teleconsultation and the extent of its use in malaysian public primary care clinics: cross-sectional study. **JMIR formative research**, [S.l.], v. 6, n. 5, p. e34485, maio 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35532973/>. Acesso em 4 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus disease (COVID-19) situation reports**. [S. l.]: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: 6 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde **Teleconsulta durante uma pandemia**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-pt.pdf?ua=1>. Acesso em: 16 jun. 2022.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. 207 p.

PAULINO, D. B.; RAIMONDI, G. A.; HATTORI, W. T. Whatsapp como recurso para a educação em saúde: contextualizando teoria e prática em um novo cenário de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, p. 171-180, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/zpMrfKm3JS8kKQXV43WwS7p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

PEREIRA, F. A. D. C.; CORREA, D. M. D. S. Uso da teleconsulta pelo enfermeiro a cardiopatas: uma reflexão durante a pandemia por COVID-19 no Brasil. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 167-171, dez. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3729>. Acesso em: 6 fev. 2023.

PEREIRA, M. M.; LACERDA, M. K. S.; SAMPAIO, C. A.; MENDES, P. H. C. Modos de interação disciplinar como linha de escape no trabalho em Saúde da Família: uma análise cartográfica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e310209, maio 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/physis/a/KNFvCTJ34Y5d9sfdp99rtBN/?lang=en>. Acesso em: 6 fev. 2023.

PIRES, D. E. P.; BERTONCINI, J. H.; TRINDADE, L. L.; MATOS, E.; AZAMBUJA, E.; BORGES, A. M. F. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, p. 157-168, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/hM7mT3kVvrgRphF7dyYtRDh/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2022. Disponível em: <https://www.gbif.org/tool/81287/r-a-language-and-environment-for-statistical-computing>. Acesso em: 6 fev. 2023.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ**: Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires [computer software]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>. Acesso em: 6 fev. 2023.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE à de «gros» corpus et stabilité des «mondes lexicaux»: analyse du «CableGate» avec IraMuTeQ. Em Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles (p. 835-844). Presented at the 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT: Liège, 2012. Disponível em: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2023.

REINERT, M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. **Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 24-54, mar. 1990. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/075910639002600103>. Acesso em: 6 fev. 2023.

RIBEIRO, M. A.; JÚNIOR, D. G. A.; CAVALCANTE, A. S. P.; MARTINS, A. F.; SOUSA, L. A.; CARVALHO, R. C.; CUNHA, I. C. K. O. (RE) organização da atenção primária à saúde para o enfrentamento do COVID-19: experiência de Sobral-CE.

**APS EM REVISTA**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 177-188, jun. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>. Acesso em: 6 fev. 2023.

RICHTER, I. Z.; OLIVEIRA, A.M. Cartografia como metodologia: uma experiência de pesquisa em artes visuais. **Paralelo 31**, [S.l.], v. 1, n. 8, jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/paralelo/article/view/13292>. Acesso em: 6 fev. 2023.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 23, p. 64-73, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/pcp/a/XdM8zW9X3HqHpS8ZwBVxpYN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

RODRIGUES, M. A.; HERCULES, A. B. S.; GNATTA, J. R.; COELHO, J. C.; MOTA, A. N. B.; PIERIN, A. M. G.; SANTANA, R. F. Teleconsulta como prática avançada de enfermagem na pandemia de COVID-19 à luz de Roy e Chick-Meleis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20210438, dez. 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/xVLtxNqr67DmzFYjkmVpw9f/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007.

SACHETT, J. A. G. Adaptação para o atendimento profissional de saúde em tempos de COVID-19: contribuições da telessaúde para o “novo normal”. **Journal Health NPEPS**, [S. l.], v. 5, n. 2, 11-15, set. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4877>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de orientação para teleconsulta de enfermagem**. Florianópolis: SMS, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Guia-de-orientação-para-Teleconsulta-em-Enfermagem-versão-17.04.2020.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SANTOS, A. B. S.; FRANÇA, M. V. S.; SANTOS, J. L. F. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do ambulatório da comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. **APS EM REVISTA**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 169-176, jun. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/120>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SANTOS, E. A. M.; CAVALCANTE, J. R. D. C.; AMARAL, M. S. A relevância do quadrilátero de formação em saúde para a educação permanente: uma revisão integrativa. *In*: JORNADA ACADÊMICA DE MEDICINA, 3., 2019, Jataí-GO. **Anais [...]**. Jataí-GO: Centro de Cultura e Eventos Dom Benedito Domingos Cósia, 2019. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/iiijamed/trabalho/86646>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica.** São Paulo: EDUSP, 2002.

SCHLOSSER, F. D.; FRASSON, A. C. Softwares livres para análise de dados qualitativos. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, Ponta Grossa, v. 12, n. 1, p. 539-550, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/9550>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SILVA, A. M. P.; ROJAS, F. L. L. Cartografia em saúde: mapeando as experiências, desafios e possibilidades no cotidiano do trabalho. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, [S.l.], v. 1, n. 5, ago. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/927>. Acesso em: 29 jul. 2021.

SILVA, M. R. F.; PEDROSA, J. I. D. S.; ALENCAR, O. M.; MARINHO, M. N. A. D. S. B.; PEREIRA, T. M.; PONTES, R. J. S. Cartografia como produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 8, p. e57410817552, jul. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17552>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SILVA, M. S.; SOUSA, J. R. A. A filosofia na perspectiva de Gilles Deleuze. **Cadernos do Nefi**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 58-74, mar. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/cadernosNefi/article/view/10334>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SILVA, R. S.; SCHMITZ, C. A. A.; HARZHEIM, E.; MOLINA-BASTOS, C.G.; OLIVEIRA, E. B.; ROMAN, R.; UMPIERRE, R. N.; GONÇALVES, M. R. O papel da telessaúde na pandemia Covid-19: uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2149-2157, jun. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/GZ4MV5Ffzn9m96Bj7zxc7Nh/>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SOUZA, K. A. C. D. S. Desinformação e negacionismo: Estratégia discursiva de Jair Bolsonaro contra a vacina da COVID-19. Comunicação e territorialidades: Perspectivas e Desafios. Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Territorialidades. Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/poscom/article/view/37827>. Acesso em: 7 mar. 2023.

SOUZA, M. A. R. D. S.; WALL, M. L.; T, A. C. D. M. C. T.; LOWEN, I. M. V. L.; PERES, A. M. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03353, fev. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

SPRECO, A. *et al.* Nowcasting (short-term forecasting) of covid-19 hospitalizations using syndromic healthcare data, sweden, 2020. **Emerging Infectious Diseases**, [S.l.], v. 28, n. 3, 564-571, mar. 2022. Disponível em: [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/28/3/21-0267\\_article.htm](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/28/3/21-0267_article.htm). Acesso em: 4 fev. 2023.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUELY, R. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Editora Estação Liberdade, São Paulo, 1989.

SUMIYA, A.; PAVESI, E.; TENANI, C. F.; ALMEIDA, C. P. B.; MACÊDO, J. A.; CHECCHI, M. H. R.; SIMÕES, L. C. F.; REIS, R. D. M.; TRELHA, C. S. Conhecimento, atitude e práticas de profissionais da atenção primária à saúde no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: um estudo transversal. **Rev Bras Med Trab.**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. p. 274-282, abr. 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v19n3a04.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2023.

VASCONCELLOS, J. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1217-1227, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/vxm4Hnh5fhbMFjpTLLqRbZN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

YINK, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZLUHAN, L. S. **O discurso coletivo sobre a teleconsulta de enfermagem na atenção primária em saúde**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/228429>. Acesso em: 6 fev. 2023.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo intitulado “Teleconsulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família durante a Pandemia COVID-19: potencialidades e desafios.”, realizado pela pesquisadora Anne Evelyn Gomes Serra e orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cláudia de Souza Leite. Neste estudo, tem-se por objetivo, cartografar as potencialidades e desafios da teleconsulta experienciada pelos profissionais enfermeiros(as) da Estratégia Saúde da Família de Tauá-CE no atendimento a usuários/pacientes e suas famílias, no período pandêmico da COVID-19. O motivo que nos leva a estudar esse assunto deve-se ao fato de que o contexto pandêmico trazido pela COVID-19 trouxe a necessidade de reorganização da atenção primária à saúde com adaptação do processo de trabalho das equipes de saúde de forma a garantir assistência aos casos suspeitos ou confirmados da doença COVID-19 e também manter o atendimento aos usuários com outras condições e agravos à saúde. Sua participação consistirá em responder os instrumentos da pesquisa, sendo um questionário, com duração que você participante julgar necessário. As etapas deste estudo serão executadas utilizando-se os recursos digitais como *google forms* ou caso necessário o pesquisador irá na Unidade de Saúde onde você trabalha, em dia e horário previamente agendados, respeitando-se todas as medidas sanitárias/protocolos de prevenção da COVID-19. Serão garantidos o anonimato, o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer. O(a) senhor(a) será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo na sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição em que trabalha.

Esse estudo apresenta risco mínimo, relacionado às seguintes dimensões: física-fadiga em relação ao tempo de resposta dos instrumentos de pesquisa (cansaço, gasto de tempo, tédio), psíquico-emocional – possibilidade de desconforto/constrangimento em responder algumas perguntas (timidez, vergonha, lembranças indesejadas); e, moral – receio de divulgação de informações pelos pesquisadores e de retaliação por parte dos chefes imediatos no serviço que trabalha e possibilidade de infecção pelo Sars-Cov-2 decorrente da interação entre pessoas na unidade de saúde. Tudo foi planejado para reduzir a ocorrência de qualquer risco/desconforto ao participante, inclusive com a adoção das medidas sanitárias de prevenção à COVID-19. Contudo, caso ocorra qualquer desconforto/constrangimento ou receio, você poderá: solicitar apoio, esclarecimentos e/ou conversar abertamente com o pesquisador; deixar de responder as perguntas que causam desconforto; ou, ainda, deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Você terá direito ao ressarcimento das eventuais despesas comprovadamente decorrentes de sua participação na pesquisa e à indenização por danos que lhes forem causados diretamente pela pesquisa, nos termos da Legislação em vigor. Você não receberá remuneração por sua participação. Em estudos como esse, sua participação poderá gerar os seguintes benefícios: 1) produção de evidências científicas robustas sobre o atendimento clínico à usuários

diante da Pandemia COVID-19 através da ferramenta da teleconsulta, identificando lacunas e desafios dos serviços de saúde; 2) a implementação de tecnologias e estratégias para o enfrentamento da COVID-19 na rede de atenção à saúde; 3) servir de fonte para outras pesquisas e para discussão com os gestores e trabalhadores da saúde sobre os desafios e as possibilidades de reorganização da atenção às pessoas no território de atuação das equipes de saúde da família . Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável Anne Evelyn Gomes Serra, email:anneserra14@gmail.com, telefone (88)996364956 ou Ana Cláudia de Souza Leite, e-mail: ana.claudia@uece.br, telefone: (85) 987526881. Caso considere necessário, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ceará. CEP 60.714903- Fone. 3101.9890. E-mail: cep@uece.br. Horário de funcionamento: 8h às 12h e 13h às 17h, de segunda a sexta-feira. Acordando com esse Termo de Consentimento, você autoriza o(a) pesquisador(a) a utilizar os dados coletados em ensino, pesquisa e publicação, estando a sua identidade preservada.

Você concorda em participar da pesquisa? Sim (     ) Não (     )

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

Resolução COFEN 2020

**O uso da teleconsulta de Enfermagem foi autorizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), permitindo-a realizar orientações em saúde à grupo de risco quanto à contaminação ao coronavírus no país. Além de atuar na prevenção, permitiu direcionar a prática profissional de um modo diferente, por meio telefônico, orientando junto com o usuário ao enfrentamento da situação imposta pelo isolamento social.**

Caso o sujeito da pesquisa faça a opção da entrevista de forma presencial deverão ser tomadas as precauções necessárias, utilizando-se Equipamentos de Proteção Individual (EPI), álcool em gel e distanciamento regulamentado, com agendamento de hora e lugar que lhe for mais confortável, iluminado e arejado.

---

**REDE NORDESTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO RENASF  
NUCLEADORA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ –  
UECE**

---

Caro(a) Enfermeiro(a), convidamos O(A) Sr(a) a participar da nossa pesquisa, intitulada “**TELECONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE A PANDEMIA COVID-19: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**”, aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, Universidade Estadual do Ceará – UECE (Parecer nº 5.373.169). Para tal, precisamos da sua leitura, aprovação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para darmos início ao momento da entrevista, respondendo algumas questões, abaixo pelo *Google forms*. Se o(a) Sr.(a) preferir responder diretamente ao entrevistador, haverá essa opção no questionário para tornar possível uma entrevista no seu local de trabalho, com agendamento de hora e local. Ressaltamos que, as suas respostas são muito importantes para compreendermos mais sobre a teleconsulta do(a) Enfermeiro(a) na ESF de Tauá. Por isso, pedimos as suas mais sinceras e rigorosas informações possíveis, no momento e local que melhor lhe aprouver, sem que afete seu compromisso de trabalho. Nós garantimos o sigilo das mesmas com confidencialidade e anonimato, sendo utilizadas apenas para fins desta pesquisa, cujos resultados poderão ser visualizados no relatório entregue à Instituição.

---

<p align="center"><b>QUESTIONÁRIO “TELECONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PANDEMIA COVID-19: POTENCIALIDADES E DESAFIOS”</b></p>	Código
Nome:	
Opção de entrevista:	
1. <input type="checkbox"/> Por meio deste questionário 2. <input type="checkbox"/> Presencialmente	
Se o Sr.(a) assinalou a opção “ 2. Presencialmente”, diga-nos a(s) hora(s) e o(s) melhores dias da semana:	
<b>PARTE 1: DADOS PESSOAIS, FAMILIARES E LABORAIS</b>	
1.1 Sexo: 1.1.1 <input type="checkbox"/> Feminino 1.1.2 <input type="checkbox"/> Masculino 1.1.3 <input type="checkbox"/> Outro	
1.2 Idade (anos):	
1.3 Qual o tipo de vacina contra SARS-Cov-2 recebeu? 1.3.1 <input type="checkbox"/> Coronavac 1.3.2 <input type="checkbox"/> Astrazeneca 1.3.3 <input type="checkbox"/> Pfizer 1.3.4 <input type="checkbox"/> Janssen	
1.4 Quantas doses da vacina contra SARS-Cov-2 você tomou? 1.4.1 : 01 (uma): 1.4.2: 02 (duas): 1.4.3: 03 (três): 1.4.4: 04(quatro): 1.4.5: nenhuma	
1.5 Cargo Exercido da ESF: 1.5.1 <input type="checkbox"/> Administrativo 1.5.2 <input type="checkbox"/> Assistencial 1.5.3 <input type="checkbox"/> Exclusivamente Educativo 1.5.4 <input type="checkbox"/> Outro, especifique:	
1.6 Tempo de Exercício Profissional em Tauá: 1.6.1 <input type="checkbox"/> Um (01) anos 1.6.2 <input type="checkbox"/> Dois (02) anos 1.6.3 <input type="checkbox"/> Três (03) anos 1.6.4 <input type="checkbox"/> Entre Três (03) à cinco (05) anos 1.6.5 <input type="checkbox"/> mais de cinco	
1.7 Número de Atendimento(s) local(is)? 1.7.1 <input type="checkbox"/> Vinte-quarenta (20-40) 1.7.2 <input type="checkbox"/> quarenta-sessenta (40-60) 1.7.3 <input type="checkbox"/> sessenta-oitenta (60-80) 1.7.4 <input type="checkbox"/> cem ou mais (100 )	
1.8 Se o(a) Sr(a) exerce cargo assistencial, qual(is) tipo(s) de ciclo(s) de vida atende? 1.8.1 <input type="checkbox"/> Recém-nascido 1.8.2 <input type="checkbox"/> Gestante 1.8.3 <input type="checkbox"/> Criança e/ou Adolescente 1.8.4 <input type="checkbox"/> Adultos... 1.5.5 <input type="checkbox"/> Idoso	

<b>PARTE 2: TELECONSULTA DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA</b>	
<p><b>2.1 De maneira geral, como você se comunica com o usuário cadastrado na sua equipe de ESF?</b></p> <p>2.1.1 <input type="checkbox"/> por telefone 2.1.2 <input type="checkbox"/> por email 2.1.3 <input type="checkbox"/> presencialmente 2.1.4 <input type="checkbox"/> outra , especificar</p>	
<p><b>2.2 Você tem realizado atendimento e/ou monitoramento por telefone?</b></p> <p>2.8.1 <input type="checkbox"/> sim 2.8.2 <input type="checkbox"/> não</p>	
<p><b>2.3 Se você respondeu “SIM” na questão anterior 2.2, diga-me qual(is) da(s) seguinte(s) forma(s) de contato utilizada(s)?</b></p> <p>2.3.1 <input type="checkbox"/> seu aparelho celular  2.3.2 <input type="checkbox"/> Aparelho telefônico da Instituição  2.3.3 <input type="checkbox"/> Aparelho telefônico compartilhado pela equipe  2.3.4 <input type="checkbox"/> Outra, especifique.</p>	
<p><b>2.4 Qual a modalidade de utilização do telefone nas suas consultas ao usuário da ESF?</b></p> <p>2.4.1 <input type="checkbox"/> Por ligação telefônica  2.4.2 <input type="checkbox"/> Por mensagem/“SMS”  2.4.3 <input type="checkbox"/> Por ligação/chamada pelo aplicativo <i>Whatsapp</i>  2.4.4 <input type="checkbox"/> Por mensagem no aplicativo <i>Whatsapp</i>  2.4.5 <input type="checkbox"/> Por troca de áudios no aplicativo <i>Whatsapp</i>  2.4.6 <input type="checkbox"/> Por chamada de vídeo no <i>Whatsapp</i>  2.4.7 <input type="checkbox"/> Por E-mail  2.4.8 <input type="checkbox"/> Outra. Especifique:</p>	
<p><b>2.5 Durante a Pandemia, o que tem motivado você a utilizar o telefone para fazer consulta de Enfermagem?</b></p>	
<p><b>2.6 Durante a Pandemia, diga-me qual(is) tipo(s) de atendimento(s) são realizados por telefone?</b></p>	
<p><b>2.7 Durante a Pandemia, diga-me como é sua experiência (sentimentos/emoções) na sua consulta por telefone?</b></p>	
<p><b>2.8 Diante de suas experiências com o uso do telefone para realizar consultas de enfermagem, diga-nos o que você recomenda para melhoria desse tipo de atendimento?</b></p>	

## APÊNDICE C – GLOSSÁRIO

PALAVRA	SUBSTITUIÇÃO
Acompanhamento dos casos	monitoramento_dos_casos
Monitorar	monitoramento
Monitoramento	monitoramento_de_paciente
Facilidade de contato	Facilidade_de_comunicação
Dificuldade de acesso	dificuldade_de_acesso
Visitas restritas	Isolamento_social
Restrições sanitárias	Isolamento_social
Consulta por telefone	Teleconsulta
Monitorização	monitoramento
Atendimento por telefone	Teleconsulta
Usuário(s), pessoa(s), próximo	paciente
Unidade	unidade_de_saúde
ESF	estratégia_saúde_da_familia
Isolamento social	isolamento_social
covid	Covid_19
Profissional	profissional_de_enfermagem

## **APÊNDICE D – RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

### **MOTIVAÇÃO USO DO TELEFONE**

Para avaliar a evolução do paciente (Enf 1)

Distância do paciente até a unidade de saúde, e a não contaminação do vírus (Enf 2)

Visto que grande parte do público atendido pela ESF são da zona rural, eu consigo realizar busca ativa de forma muito ágil, atender queixas que evitam o transporte do paciente até a unidade e conseqüente piora do quadro (em determinadas circunstâncias), além de melhor utilização de recursos públicos já que evita muitas vezes que eu precise ir até o domicílio do paciente. (Enf 3)

Não perder o vínculo e entregar os exames solicitados dos mesmos (Enf 4)

Acompanhamento dos casos de covid (Enf 5)

A impossibilidade do paciente vir à unidade. (Enf 6)

Contato com o paciente sem estar presente (Enf 7)

Monitorar os casos positivos e suspeitos de covid (Enf 8)

A facilidade de entrar em contato com o paciente, sem que o mesmo precise sair de casa, diminuindo a chance de contágio pelo covid.(Enf 8)

Necessidade de contato (Enf 10)

o isolamento social dos usuários (Enf 11)

Monitorar pacientes isolados em domicílio. (Enf 12)

Facilidade da comunicação (Enf 13)

O monitoramento de pacientes com covid que precisam estar em isolamento social (Enf 14)

Família, amigos, isolamento social (Enf 15)

A dificuldade de acesso do usuário à ESF (Enf 16)

Monitorar paciente sintomáticos covid (Enf 17)

Agilidade no resultado é alta do paciente. (Enf 18)

Facilidade de contato (Enf 19)

Diminuir riscos de contaminação. (Enf 20)

Necessidade de monitoramento em tempos de visitas restritas (Enf 21)

Facilidade de acesso e restrições sanitárias. (Enf 22)

EM BRANCO (Enf 23)

## **TIPOS DE ATENDIMENTO**

Apenas monitorar o estado de saúde do paciente, caso este esteja com a infecção por covid19 (Enf 1)

Resultado de exames, queixas do paciente e etc (Enf 2)

Monitoramento de casos positivos e suspeitos para COVID-19, casos positivos ou suspeitos para dengue. (Enf 3)

Planejamento familiar transcrição de receitas e solicitação de exames (Enf 4)

Monitoramento (Enf 5)

Consulta (Enf 6)

Consulta (Enf 7)

Monitoramento do covid (Enf 8)

Monitoramento de pacientes positivos, dúvidas gerais sobre atendimentos disponíveis no dia, se tem medicação na farmácia, orientações gerais. (Enf 9)

Monitoramento paciente com Covid, consulta de hipertensos (Enf 10)

Monitoramento e atendimento de positivos ou suspeitos de covid 19 (Enf 11)

Desde informações até teleconsultas (Enf 12)

Acompanhamento de pacientes com COVID 19 (Enf 13)

Acompanhamento do quadro de saúde de pacientes diagnosticado com COVID-19 (Enf 14)

Avaliação de exames laboratoriais e de imagem, avaliação de estomas e feridas, monitoramento de pacientes sintomáticos e suspeitos de COVID-19 e acolhimento de pacientes. (Enf 15)

Agendamento de consultas, solicitação de ambulância e orientações aos grupos de risco ou pessoas sintomáticas. (Enf 16)

Monitoramento à pacientes covid positivo (Enf 17)

Resultado de exames e alta do Covid.(Enf 18)

Monitorização de pacientes (Enf 19)

Monitoramento de sinais e sintomas apresentados e relatados pelos pacientes. (Enf 20)

Atendimento de enfermagem, médico e multiprofissional (Enf 21)

Agendamentos / Monitoramento diário dos pacientes (Enf 22)

Escuta das queixas, sinais e sintomas e a questão psicológica (Enf 23)

## **SENTIMENTOS E EMOÇÕES**

Ruim por um lado, por não ver o paciente e medo se tivesse que ir em sua residência (Enf 1)

Consulta normal (Enf 2)

Me sinto apreensiva,tenho medo de me expressar de uma forma que ofenda um paciente, pois ele não consegue ver minha expressão corporal, e pode acabar interpretando de forma

equivocada, tento fazer a melhor escolha de palavras. (Enf 3)

Sensação de não perder o vínculo e está demorando o cuidado. (Enf 4)

Satisfatório em puder ajudar e acompanhar os pacientes com covid, saber que eles podem contar com a equipe é gratificante (Enf 5)

EM BRANCO (Enf 6)

Prestativo (Enf 7)

Pelo fato de não ter o contato com paciente presencialmente, acaba dificultando o atendimento em geral. (Enf 8)

Na maioria das vezes satisfatória, com exceção dos casos em que gera dúvida sobre o que o paciente está lhe relatando, não tem como afirmar que o que ele lhe disse era verdade. (Enf 9)

EM BRANCO (Enf 10)

de falta de qualidade no atendimento (Enf 11)

Muitas vezes angústia e medo por não ver o paciente e avaliar pessoalmente o estado clínico, mas também uma sensação de bem estar por está ajudando ao próximo de todas as maneiras possíveis. (Enf 12)

Dificuldade de melhor avaliação (Enf 13)

Gera uma certa insegurança, uma vez que lidamos com um público que em sua maioria é leigo e pode ter dificuldade em expressar seus sintomas, dificultando o prognóstico (Enf 14)

Sentimento de acolhimento e ajuda (Enf 15)

Cansativa, necessitou da ajuda de profissionais da equipe multidisciplinar. (Enf 16)

Esperança (Enf 17)

Boa (Enf 18)

Cansativa (Enf 19)

Fazer pelo outro o que gostaria que fizessem por mim. Satisfação. (Enf 20)

Apreensão de não estar vendo o paciente, porém ao mesmo tempo de desafio por atender via telefone. (Enf 21)

Senti muito desespero e falta de empatia dos pacientes em relação ao tempo e intervalo das ligações; Resistência de alguns usuários em aceitar as chamadas. (Enf 22)

Sentimento de preocupação pelo usuário por não examinar fisicamente e a observação de não

Poder olhar no olho do paciente (Enf 23)

## MELHORIA DESSE TIPO DE ATENDIMENTO

Não tenho muito a falar sobre essa possível melhora, usávamos o aparelho e sempre conseguimos um feedback Não tenho muito a falar sobre essa possível melhora, usávamos o aparelho e sempre conseguimos um feedback (Enf 1)

Tudo para melhor conforto do paciente (Enf 2)

Preparo e capacitação. Oficinas de treinamento. (Enf 3)

Uma atendente só pra essa função! Repassando a demanda solicitada (Enf 4)

Fiz o que estava ao meu alcance, acredito que ter feito o melhor possível (Enf 5)

Um tempo específico para esse tipo de atendimento. (Enf 6)

Seleção de consultas (Enf 7)

O vínculo com o paciente acaba se perdendo de certa forma! (Enf 8)

Educação da população no geral, maioria quer uma consulta por telefone e não quer mais comparecer na unidade. Esse serviço é muito bom para complementar o que já existe, não para substituir. (Enf 9)

Acho que distância muito paciente e profissional (Enf 10)

Treinamento adequado nesse tipo de atendimento (Enf 11)

Capacitações que aborem a teleconsulta. (Enf 12)

Mais tempo disponível (Enf 13)

Divulgação da importância de atender os profissionais e de transmitir os reais sintomas (Enf 14)

Capacitação e curso para teleconsulta ou telemedicina. (Enf 15)

Necessário que seja incluído na agenda do profissional, de modo que não seja interrompido por outros atendimentos ou precise ser feito após o expediente de trabalho; qualidade do equipamento utilizado; registro em prontuário (Enf 16)

A utilização por todos os profissionais de nível superior (Enf 17)

Internet de boa qualidade (Enf 18)

Horários de atendimentos específicos. (Enf 19)

Disponibilidade de equipamentos e atenção profissional. (Enf 20)

Treinamento dos profissionais. Conscientização dos usuários. (Enf 21)

Agendar um horário ao dia / semana para retirar alguma dúvida do usuário pelo pelo telefone. (Enf 22)

Mais atenção na fala dos usuários, como vê o paciente como um todo (Enf 23)