

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE

JÚLIA DE MATTOS

IMPACTO DA COVID-19 EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O
OLHAR DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Santa Maria, RS

2022

Júlia de Mattos

**IMPACTO DA COVID-19 EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dra. Teresinha Heck Weiller

SANTA MARIA, RS

2022

Júlia de Mattos

**IMPACTO DA COVID-19 EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, **Área de Concentração: Saúde da Família.**

Aprovada em 24 de fevereiro de 2022

Prof. Dra. Teresinha Heck Weiller (UFSM)
(Professor/Orientador)

Me. Sharon da Silva Martins

Prof. Dra. Vânia Maria Fighera Olivo (UFSM)

SANTA MARIA, RS

2022

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho de conclusão de residência apenas foi possível por meio da ajuda direta ou indireta de inúmeras pessoas através de seus conhecimentos, habilidades e apoio fornecido. Eu sou extremamente grata a todas elas.

Primeiramente, agradeço a minha família, principalmente aos meus avós, Helena e Aristides, exímios exemplos de luta e dedicação. A vocês todo meu carinho e admiração.

Agradeço a equipe NASF-AB/Santa Maria e aos meus colegas Residentes por tantos momentos compartilhados e aprendizado mútuo.

A minha orientadora, Professora Dra. Teresinha Heck Weiller, e minha coorientadora Me. Daiany da Silveira Donaduzzi, por toda orientação e suporte. Constituíram-se como peças fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Agradeço a Me. Sharon da Silva Martins por todo aprendizado ao longo deste processo de formação.

Estendo meus agradecimentos a Professora Dra. Vânia Maria Fighera Olivo, por toda sua dedicação em prol do fortalecimento do Programa de Residência Uni e Multiprofissional da UFSM, além do apoio, altruísmo, e por ser exemplo de defesa do Sistema Único de Saúde como política pública.

A todos, novamente, meu muito obrigada!

“A porta aberta, o cuidado ao longo dos anos, diversos profissionais em um esforço conjunto e coordenado, visando resolver a maioria dos problemas de saúde apresentados, considerando as preferências, o contexto familiar, social e cultural da pessoa em questão, esta é a Primária. O primeiro lugar para se cuidar da saúde. Para se viver mais. Para se viver melhor.”

(Primária: o essencial da atenção primária à saúde, 2012).

RESUMO

IMPACTO DA COVID-19 EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

AUTORA: Júlia de Mattos

ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

CORIENTADORA: Daiany da Silveira Donaduzzi

Introdução: Diversos foram os impactos no modo de vida da população e na forma de produzir cuidado pelos serviços de saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde (APS) durante a Pandemia da COVID-19. A APS, por ser considerada a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável principalmente pela promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, necessitou reformular seus serviços em decorrência do novo cenário sanitário em que o país se encontra para ofertar cuidado integral à população. Buscou-se através do olhar de profissionais de saúde das ESF, compreender os impactos da Pandemia da COVID-19 nos processos de trabalho e desenvolvimento das ações de promoção e prevenção desenvolvidas. Aborda-se o potencial papel do ensino-serviço na qualificação do trabalho e geração de um novo olhar sobre saúde. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família sobre o processo de trabalho durante a Pandemia da COVID-19 em um município da região central do Rio Grande do Sul - RS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva e exploratória. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de quatro unidades de saúde, definidas aleatoriamente, atuantes em equipes de ESF durante a Pandemia de COVID-19. Duas unidades possuíam vínculo com o Programa de Residência Uni e Multiprofissional e outras duas não tinham nenhum vínculo com instituições de ensino. Após a transcrição do material, foi realizada a análise qualitativa do conteúdo. **Resultados:** O impacto gerado pela Pandemia atinge tanto o processo de trabalho quanto profissionais e usuários. No âmbito da reorganização dos serviços, os relatos expõem dificuldade de acesso pelos e aos usuários, na continuidade do cuidado, foco reduzido na promoção de saúde e prevenção de outras doenças, bem como agravamento de outras condições de saúde. No que se refere aos profissionais, é referida sobrecarga de trabalho e impacto em questões psicológicas, como medo e estresse. **Conclusão:** A pandemia de COVID-19 gerou impactos tanto no processo de trabalho das equipes de ESF, quanto no acompanhamento dos usuários e na saúde dos profissionais de saúde. É apresentada dificuldade de acesso, limitação da continuidade do cuidado, foco reduzido na promoção de saúde e prevenção de outras doenças, assim sobrecarga de trabalho, medo e estresse aos profissionais. A residência multiprofissional foi considerada vital na manutenção das ações e atenuação do impacto gerado pela Pandemia da COVID-19.

Palavras-chave: Pandemias. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde. Prevenção de Doenças.

ABSTRACT

IMPACT OF COVID-19 ON FAMILY HEALTH STRATEGY: THE VIEW OF HEALTH PROFESSIONALS

AUTHOR: Júlia de Mattos

ADVISOR: Teresinha Heck Weiller

CO-ADVISOR: Daiany da Silveira Donaduzzi

Introduction: There were several impacts on the population's way of life and on the way of producing care by health services, especially Primary Health Care (PHC) during the COVID-19 Pandemic. The PHC, as it is considered the main gateway to the Unified Health System (SUS) and is mainly responsible for health promotion and prevention of diseases and injuries, needed to reformulate its services as a result of the new health scenario in which the country finds itself to offer comprehensive care to the population. Through the eyes of ESF health professionals, we sought to understand the impacts of the COVID-19 Pandemic on the work processes and development of the promotion and prevention actions developed. It addresses the potential role of teaching-service in the qualification of work and the generation of a new look at health. **Objective:** To know the perception of professionals from the Family Health Strategy teams about the work process during the COVID-19 Pandemic in a municipality in the central region of Rio Grande do Sul - RS. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory qualitative research. Semi-structured interviews were carried out with professionals from four health units, randomly defined, working in FHS teams during the COVID-19 Pandemic. Two units had a link with the Uni and Multiprofessional Residency Program and two others had no link with educational institutions. After transcribing the material, a qualitative analysis of the content was performed. **Results:** The impact generated by the Pandemic affects both the work process and professionals and users. Within the scope of the reorganization of services, the reports expose the difficulty of access by and to users, in the continuity of care, reduced focus on health promotion and prevention of other diseases, as well as the worsening of other health conditions. With regard to professionals, work overload and impact on psychological issues such as fear and stress are mentioned. **Conclusion:** The COVID-19 pandemic generated impacts both on the work process of the FHS teams, as well as on the monitoring of users and on the health of health professionals. Difficulty of access, limitation of continuity of care, reduced focus on health promotion and prevention of other diseases are presented, as well as work overload, fear and stress for professionals. The multi-professional residency was considered vital in maintaining the actions and mitigating the impact generated by the COVID-19 Pandemic.

Keywords: Pandemics. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Promotion. Disease Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
eSF	Equipes de Saúde da família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial Da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PRAPS	Programa de Residência em Área Profissional da Saúde
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	OBJETIVOS	7
1.1.1	OBJETIVO GERAL	7
1.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
2	METODOLOGIA	8
2.1	TIPO DE PESQUISA	8
3	CENÁRIO DO ESTUDO	8
3.1	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	8
3.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	9
3.3	MÉTODOS PARA COLETA DE DADOS	9
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	10
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	10
4	RESULTADOS	12
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
6	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE A	40

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu gradualmente influenciada pelo contexto político-social e conforme a evolução política econômica vivenciada no Brasil ao longo das três últimas décadas. Resistia-se à manutenção da medicina previdenciária, caracterizada pelo acesso restrito e estratificado à saúde, centrado na concepção biomédica e hospitalocêntrica, com assistência médica filantrópica e neoliberal. Na década de 70 do século XX, durante o regime militar, em um contexto marcado pela exclusão de determinados segmentos sociais, crise no âmbito econômico, social e de saúde, diversos profissionais de saúde, estudantes, pesquisadores, centros e associações educacionais se mobilizaram unindo-se para mostrar os efeitos do sistema econômico vigente sobre as condições de acesso à assistência à saúde da população (PAIM, 2009). Tal mobilização gerou propostas para a adoção de uma nova concepção de saúde, que somente poderia ser alcançada por meio de uma ampla reforma sanitária.

Nessa perspectiva, surgiu ainda na segunda metade da década de 70, o então denominado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Com a adoção de um caráter contra hegemônico, o MRSB visou à defesa dos direitos sociais, democratização do atendimento à saúde e melhoria das condições de vida da população. As discussões geradas pelo Movimento possibilitaram à população a participação, pela primeira vez, em uma conferência de saúde, o que fez com que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) representasse um marco na história da política pública brasileira (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha definido, a partir de 1948, a saúde como direito humano fundamental e meta social mundial, ainda vigorou no Brasil a fragmentação entre ações de saúde pública e assistência médico-hospitalar. Todavia, esse cenário prevaleceu até 1988, quando a promulgação da Constituição Federal oficializou as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e criou o SUS. Dessa forma, consolidou-se o direito à saúde, estando este diretamente ligado à cidadania, sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado em provê-la (BRASIL, 1988).

O SUS é baseado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade firmados na própria Constituição (BRASIL, 1988). As Leis Orgânicas Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 regulamentam o sistema e estabelecem seus critérios organizativos, como objetivos, competências e atribuições,

planejamento, financiamento, bem como as respectivas funções de cada ente federado: União, Estados e Municípios (BRASIL, 1990a; BRASIL,1990b). Tais leis constituem as bases jurídicas do SUS e são fundamentais para seu funcionamento enquanto política pública.

Considerado mundialmente o maior programa de saúde pública, o SUS atende diariamente cerca de 200 milhões de pessoas nos diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, estima-se que cerca de 80% da população brasileira é SUS-dependente aos serviços de assistência à saúde (MACINKO; HARRIS, 2015; STOPA et al., 2017). Os níveis de atenção do SUS são estruturados em atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 1990a). Nessa organização, a Atenção Primária à Saúde (APS) é declarada como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema único de saúde brasileiro (BRASIL, 2017).

Tendo sua primeira definição pela Declaração de Alma-Ata, importante documento aprovado na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata em 1978, a APS deveria estar o mais proximamente possível das pessoas. Desse modo, constituiu-se como o início de um processo de atenção continuada à saúde da população (WHO, 1978). É considerada a porta de entrada preferencial do SUS, a coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários à rede de serviços.

Implementada no Brasil como política de Estado a partir da promulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constitui-se um conjunto de práticas em saúde que integra cuidados individuais e ações públicas e coletivas, através do seu planejamento e implementação com vistas à proteção da saúde, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como à promoção de saúde (BRASIL, 2017).

A PNAB aponta diretrizes para o funcionamento da APS, como a regionalização e hierarquização, que se constituem como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e que possuem a APS como elo de comunicação. Ademais, outras diretrizes da PNAB apontam para o desenvolvimento de ações de modo resolutivo, em que o cuidado seja centrado na pessoa, considerando a população adscrita e o entendimento do território para além de um espaço meramente geográfico, com participação da comunidade, promovendo a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é apontada como estratégia prioritária de operacionalização da APS, a qual desde quando implantada como Programa, em 1994, oferece cuidados interdisciplinares de saúde à população. Para tal, fundamenta-se nos atributos essenciais – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade,

coordenação – e derivados – focalização na família, orientação comunitária e competência cultural, alinhada aos princípios do SUS (STARFIELD, 2002).

A ESF é crucial na reorientação do modelo assistencial da APS no Brasil. De modo a atender suas diretrizes, é composta, essencialmente, por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2017). Tais profissionais são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal e contínuo de um número definido de famílias pertencentes a uma área geográfica delimitada, de modo que são referências aos pacientes e famílias do território adscrito.

Esta estratégia busca favorecer a aproximação da unidade de saúde junto às famílias, promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns. Dessa forma, para que a população acesse à equipe de saúde, essa realiza o cadastramento das pessoas usuárias, as quais então participam em atividades grupais, são acompanhadas através visitas domiciliares, consultas, acolhimento, atividades de educação em saúde, procedimentos como vacinação e administração de medicamentos, além de outras ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

De modo a cumprir com seus atributos essenciais, e encontrar respostas a todas as necessidades de saúde, a ESF enfrenta inúmeros desafios no decorrer do processo de produção de cuidado à população, de modo que deve se adequar aos diferentes contextos de saúde. Nesse sentido, a partir de 2020, o Brasil passou a enfrentar o maior desafio sanitário mundial do século XXI: a Pandemia da COVID-19.

COVID-19 é uma doença infectocontagiosa, que possui como agente etiológico o betacoronavírus denominado coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). Tal vírus pertence ao subgênero Sarbecovírus, da família Coronaviridae, descoberto primariamente na cidade chinesa de Wuhan, localizada na província de Hubei, em dezembro de 2019, através de amostras obtidas de pacientes que apresentavam pneumonia de causa desconhecida (REN et al., 2020; WHO, 2020).

Do mesmo modo que outros vírus respiratórios, a exposição do SARS-CoV-2 ocorre principalmente através de contato, inalação de gotículas, ou por partículas ou aerossóis (CDC, 2021). Devido ao seu alto poder de transmissibilidade, a COVID-19 foi classificada como Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional (ESPPI) e, em março de 2020 a

OMS declarou tratar-se de uma pandemia, haja vista a disseminação da doença em diversos países (WHO, 2021; OLIVEIRA; MORAIS, 2020).

O SARS-CoV-2 é o sétimo coronavírus conhecido com potencial de infectar seres humanos (CHAN et al., 2020) sendo, portanto, capaz de afetar toda a população. Embora a doença possa causar sintomas que tendem a variar de leves a muito graves, segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) existem algumas condições de saúde, comumente chamadas de “fatores de risco”, que elevam o risco da população de adoecer gravemente pela doença e a probabilidade de necessitar de hospitalização ou terapia intensiva. Entre eles é possível citar doenças como doenças respiratórias prévias, diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade (CDC, 2021).

Condições de saúde envolvem situações de saúde de maior ou menor persistência. As condições agudas podem ser enfrentadas por meio de respostas reativas, episódicas. Por outro lado, as condições crônicas necessitam de respostas proativas, contínuas e integradas em três dimensões: dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e da população usuária (MENDES, 2012).

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como é o caso da COVID-19, em uma situação conhecida como COVID-19 longo, podendo resultar em sintomas amplos, incluindo falta de ar, dor no peito, fadiga, fraqueza muscular, cognição prejudicada, ansiedade e depressão (HUANG et al., 2021). Posto isso, a possibilidade de ocorrência de sequelas de longa duração exige cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde.

Em um esforço para diminuir as taxas de infecção, particularmente em grupos propensos a altos riscos de morbimortalidade, apontaram-se políticas extensivas de distanciamento e isolamento social como necessárias para o controle da COVID-19 (referencia). Neste enfrentamento, países que possuem sistemas universais de saúde apresentam capacidade de resposta mais efetiva, haja vista a oferta de cobertura universal de serviços à população, envolvendo desde a promoção de saúde e prevenção, até o tratamento de alta complexidade (MENDES, 2002).

A COVID-19 exige alta demanda dos serviços hospitalares, criação e ampliação de leitos, sendo o foco na atenção especializada bastante debatido, especialmente com relação a unidades de tratamento intensivo e respiradores pulmonares (DE SOUZA NORONHA et al., 2020). Todavia, não desconsiderando a importância da alta complexidade, é necessário salientar o potencial da APS como nível de atenção primário ao cuidado da população no enfrentamento deste novo agravo, assim como de seus fatores de risco e doenças associadas.

Nesse sentido, a APS é a porta de entrada para o paciente com sintomas da doença. O Ministério da Saúde (MS), em seu Protocolo Clínico de Manejo da COVID-19 (BRASIL, 2020), destaca a importância da APS na resposta à doença, considerando que essa oferece à população atendimento longitudinal, resolutivo, além de coordenar o cuidado entre os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

As diretrizes clínicas para atuação das equipes da APS em relação aos casos de COVID-19 estabelecem ações direcionadas ao teleatendimento, medidas de prevenção, identificação de suspeitos e estratificação de gravidade da doença, bem como manejo terapêutico e isolamento domiciliar dos casos leves. Ademais, ao nível de APS, ocorrem os testes de COVID-19, rastreamento de contatos e imunizações (BRASIL, 2020). Além das diretrizes de ações de cuidado voltadas aos usuários, ainda há protocolos com recomendação de medidas individuais (higiene e uso de equipamentos de proteção individual) voltadas aos profissionais de saúde, uma vez que o exercício de suas atividades laborais e suas condições de trabalho são fontes legítimas de exposição ao vírus (WHO, 2020).

A APS centra a oferta de cuidados não apenas na prevenção de determinada doença ou agravamento, mas também trabalha na promoção da saúde, de modo que seja capaz de ofertar cuidado integrado e dar conta de outras necessidades de saúde da população. O conceito de promoção de saúde se desenvolveu de modo mais acentuado nos últimos 35 anos, e teve seu início a partir do Movimento de Promoção à Saúde no Canadá, o qual motivou a produção do documento conhecido como Informe de Lalonde “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses”. Este documento caracterizou o campo da saúde e evidenciou que o padrão assistencial tradicional era menos efetivo para promover uma melhor saúde (BRASIL, 2002).

A promoção da Saúde é considerada a capacitação dos indivíduos e comunidades para que estes provoquem mudanças nos determinantes da saúde em benefício de sua própria qualidade de vida (BRASIL, 1996). Nessa perspectiva, ela é apresentada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como sendo um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, individual e coletivamente. A promoção da saúde possui como princípios a equidade, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, a sustentabilidade, a autonomia e a integralidade (BRASIL, 2018). Assim, para que se efetivem, tais princípios devem ser traduzidos em práticas coerentes.

Tal como a promoção da saúde, a prevenção de doenças envolve outra construção fundamental para a saúde. Enquanto a primeira visa promover o bem-estar geral por meio da transformação das condições de saúde, a segunda busca evitar o surgimento ou a proliferação

de doenças (BRASIL, 2021). Desse modo, torna-se essencial identificar, no processo de produção de saúde e cuidado, qual abordagem está sendo desenvolvida.

Ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos são essenciais para garantir a continuidade do cuidado. Dessa forma, incluem o acompanhamento dos casos leves, identificação e condução de situações de vulnerabilidade individual ou coletiva, e orientação familiar e comunitária (DAUMAS et al., 2020).

Compreende-se que a APS desempenha o papel central para a manutenção da longitudinalidade do cuidado aos usuários do sistema, de acordo com seus atributos e considerando os determinantes e condicionantes de saúde da população assistida. Assim, a atual situação de saúde apresentada exigiu a revisão de estratégias e reorganização do processo de trabalho da APS. Dessa forma, objetivou-se garantir a segurança dos profissionais e responder de forma efetiva às necessidades de saúde da população, atendendo aos usuários com COVID-19, no entanto, sem deixar de dar continuidade às ações concernentes da APS.

Com base nisso, é relevante conhecer como a pandemia repercutiu no processo de trabalho dos profissionais que atuam na APS no que se refere ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção. Desse modo, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19 em um município da região central do Rio Grande do Sul (RS).

Cabe destacar que este Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde foi elaborado em formato de artigo científico, conforme as normas da revista Cadernos de Saúde Coletiva.

1.1 OBJETIVOS:

1.1.1 OBJETIVO GERAL:

Conhecer a percepção dos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família sobre o processo de trabalho durante a Pandemia da COVID-19 em um município da região central do Rio Grande do Sul - RS.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os impactos causados pela Pandemia da COVID-19 nos processos de trabalho e nas ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA:

Este estudo se destina a investigar aspectos da realidade que não são passíveis de quantificação, haja vista que se referem à percepção do que é vivenciado pelos participantes da pesquisa, os significados e valores que estes atribuem à realidade. Posto isso, optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas por meio de um roteiro envolvendo perguntas abertas com profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família do Município de Santa Maria/RS. O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro a novembro de 2021.

3. CENÁRIO DO ESTUDO:

O estudo ocorreu no município de Santa Maria - RS, situado na região central do estado do Rio Grande do Sul, o qual conta com uma população estimada de 285.169 habitantes (IBGE, 2022). Em relação à Rede de Atenção à Saúde (RAS), o município possui em sua rede pública 33 unidades básicas de saúde. Dessas, 25 são ESF e 12 Equipes de Atenção Primária (EAPs), sendo que 09 unidades possuem Equipe de Saúde Bucal. Tais unidades atendem de forma descentralizada, próxima e/ou inseridas nas comunidades, compondo uma rede de referência e contra referência das áreas de menor para maior complexidade e vice-versa (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2021).

Tendo em vista os profissionais que atuam nessas equipes, a APS torna-se também um campo de formação para estudantes de diversas áreas, dentre elas, aquelas que integram o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

3.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado com 19 profissionais de saúde servidores da Secretaria Municipal de Saúde que trabalham em ESF do município de Santa Maria – RS, sendo enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, ACS, auxiliar de saúde bucal e dentista.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

Como critério de inclusão, definiram-se as Unidades de Saúde homologadas no Ministério da saúde segundo o modelo de atenção ESF. Optou-se por incluir os profissionais vinculados a 02 unidades de Saúde que seguem o modelo de atenção ESF e que contam com a participação de residentes do PRAPS, e a 02 unidades que não possuem vínculo com o PRAPS. Como segundo critério de inclusão, os participantes deveriam ser profissionais das equipes e possuir idade igual ou superior a 18 anos. Como critério de exclusão definiu-se os profissionais em férias ou em licença de qualquer natureza durante a coleta de dados.

3.3 MÉTODO PARA COLETA DE DADOS:

As quatro unidades de saúde onde o estudo foi realizado foram definidas através de sorteio, sendo que duas possuíam residentes vinculados ao PRAPS da UFSM e duas unidades que não possuíam residentes no campo de atuação.

O método de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, com questões abertas, realizada com base em um roteiro prévio que contemplava questões sobre ações de promoção e prevenção desenvolvidas e desafios enfrentados, percepção de mudanças na rotina de trabalho, pontos positivos e negativos em relação à COVID-19 (APÊNDICE A). Foram incluídas questões sociodemográficas para caracterização dos participantes.

Participaram 50% dos profissionais de cada unidade de saúde selecionada. As perguntas buscaram identificar as ações de promoção e prevenção que foram realizadas ou não pelos profissionais das equipes e os impactos no processo de trabalho durante a Pandemia COVID-19. Todas as entrevistas foram realizadas em dia e horário de acordo com a disponibilidade de cada participante. As entrevistas foram audiogravadas, ocorreram de forma presencial e variaram entre 15 e 40 minutos.

Os profissionais de saúde dos serviços definidos por sorteio foram convidados a participar da pesquisa, aos quais foram garantidos sigilo e segurança quanto às respostas. O período considerado para a pesquisa foi de março de 2020 a janeiro de 2021.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, a qual envolve descrever determinadas populações ou fenômenos, baseada na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, como o questionário. Sua principal contribuição está na capacidade de propiciar novas visões sobre determinada realidade já conhecida (GIL, 2008).

A análise dos dados ocorreu a partir da análise proposta por Laurence Bardin (BARDIN, 2016), na modalidade análise temática de conteúdo. Esta prevê três fases conforme indicado por Laurence Bardin: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

Conforme essa metodologia, na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante, ou seja, leitura geral do material eleito para análise, neste caso, as entrevistas já transcritas. Na próxima etapa, de exploração do material, realizou-se a construção das operações de codificação, considerando os recortes dos textos definindo-se as unidades de análise ou unidades de registro. Posteriormente, realizou-se a leitura aprofundada de cada entrevista seguida da produção de um texto síntese a fim de expressar o conjunto de significados presentes nas mensagens analisadas. Após a conclusão dessa síntese, foram propostas inferências e realizaram-se interpretações com base nos objetivos definidos.

Apontaram-se os seguintes agrupamentos temáticos como categorias de análise: 1) impacto da COVID-19 no processo de trabalho na APS: percepção dos profissionais de saúde; 2) Limites das ações de promoção e prevenção nos territórios e 3) Potencialidade para garantir as ações de promoção e prevenção junto às eSF.

A análise dos discursos dos profissionais foi realizada separadamente para facilitar a compreensão da percepção de cada participante.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos da pesquisa seguiram as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, a saber: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012). Além disso, seguiram-se as resoluções nº 510/2016 do Ministério da Saúde que enfatiza as especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas (BRASIL, 2016) e nº 580/18 (BRASIL, 2018).

Este projeto de pesquisa foi registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) via Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), registrado sob o CAAE de número 50504121.0.0000.5346. Aos participantes do estudo foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Esclareceu-se antecipadamente os objetivos da pesquisa e as condições de sigilo, salientando que a pesquisa apenas seria realizada com aqueles que concordassem com os termos do estudo e assinassem o TCLE para sua realização. Cientes da possibilidade de desconforto decorrente da participação do estudo, emoções fortes decorrentes de lembranças de situações vividas, o participante poderia recusar a participação ou deixar de responder a qualquer questionamento que não lhe fosse conveniente.

A participação não envolveu riscos físicos, pois não se trata de estudo que colocou em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. Desta forma, caso ocorresse algum problema decorrente da participação na pesquisa, o participante teria acompanhamento e assistência junto aos serviços de Atenção Básica da rede de atenção de saúde do município de Santa Maria - RS.

Esse estudo tem sua relevância pelo fato de abordar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde das eSF e o impacto gerado no processo de trabalho e nas alternativas de cuidado frente ao evento da pandemia. Assim, busca estimular novas descobertas, enfatizando as várias possibilidades focadas em abordagens ampliadas e multidisciplinares.

4 RESULTADOS

ARTIGO – Impacto da COVID-19 em estratégia de saúde da família: o olhar de profissionais da saúde

Impact of COVID-19 on family health strategy: the view of health professionals

Resumo

Introdução: Diversos foram os impactos no modo de vida da população e na forma de produzir cuidado pelos serviços de saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde (APS) durante a Pandemia da COVID-19. Discutem-se como tema, as ações desenvolvidas por profissionais de unidades de saúde e os impactos causados durante o período Pandemia da COVID-19, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), abordando a percepção dos profissionais quanto aos desafios nos serviços e efetivação de tais ações. Por fim, aborda-se a necessidade de formação de profissionais de saúde em consonância com o Sistema Único de Saúde, de modo que os Programas de Residência possuem papel central na mudança do modelo tradicional de atenção à saúde, assim como na ampliação e reorientação do processo formativo em saúde. **Objetivo:** Identificar os impactos causados pela Pandemia da COVID-19 nos processos de trabalho e nas ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas com profissionais de quatro unidades de saúde, definidas aleatoriamente, atuantes em eSF durante a Pandemia de COVID-19. Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo. **Resultados:** O impacto gerado pela Pandemia atinge tanto o processo de trabalho quanto profissionais e usuários. No âmbito da reorganização dos serviços, os relatos expõem dificuldade de acesso pelos e aos usuários, na continuidade do cuidado, foco reduzido na promoção de saúde e prevenção de outras doenças, bem como agravamento de outras condições de saúde. No que se refere aos profissionais, é referida sobrecarga de trabalho e impacto em questões psicológicas, como medo e estresse. **Conclusão:** A pandemia de COVID-19 gerou impactos tanto no processo de trabalho das equipes de ESF, quanto no acompanhamento dos usuários e na saúde dos profissionais de saúde. É apresentada dificuldade de acesso, limitação da continuidade do cuidado, foco reduzido na promoção de saúde e prevenção de outras doenças, assim sobrecarga de trabalho, medo e estresse aos profissionais. A residência multiprofissional foi considerada vital na manutenção das ações e atenuação do impacto gerado pela Pandemia da COVID-19.

Palavras-chave: Pandemias. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde. Prevenção de Doenças.

INTRODUÇÃO

Em novembro de 2019, identificaram-se pacientes que apresentavam pneumonia de causa desconhecida na cidade de Huanan, na China. Posteriormente confirmou-se se tratar de um coronavírus, denominado tecnicamente de SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19¹. Desde então, devido ao seu alto poder de transmissibilidade, declarou-se Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional (ESPPPI) e logo após a doença foi classificada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde².

Diferentes momentos da pandemia do novo coronavírus, conhecidos com ondas, evidenciaram impactos na saúde da população. A primeira onda representa pacientes com COVID-19 durante a fase inicial e tardia da COVID-19, e reorganização dos sistemas de saúde para prevenir o contágio. A segunda onda se refere a pacientes que não possuíam a doença, mas que necessitam de cuidados agudos de urgência ou emergência. A terceira onda representa a perda da continuidade dos cuidados. A quarta onda reflete os impactos socioeconômicos e de saúde mental tanto em pacientes quanto em profissionais de saúde³.

Embora a doença possa causar sintomas que tendem a variar de leves a muito graves, segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) existem algumas condições de saúde, comumente chamadas de “fatores de risco”, que elevam o risco da população de adoecer gravemente pela doença e a probabilidade de necessitar de hospitalização ou terapia intensiva. Entre estes é possível citar as doenças respiratórias prévias, diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade⁴.

Além da COVID-19 causar sintomas agudos, é capaz ainda de evoluir para condições crônicas, em situação conhecida como COVID-19 longo. Dessa forma, pode resultar em sintomas amplos, incluindo falta de ar, dor no peito, fadiga, fraqueza muscular, cognição prejudicada, ansiedade e depressão⁵. Posto isso, a possibilidade de ocorrência de sequelas de longa duração exige cuidados contínuos do sistema de atenção à saúde⁶.

Em um esforço para diminuir as taxas de infecção, particularmente em grupos propensos a altos riscos de morbimortalidade, foram adotadas políticas extensivas de distanciamento e isolamento social⁷. Neste enfrentamento, países que ofertam cobertura universal de serviços à população, como é o caso do Brasil, apresentam capacidade de resposta mais efetiva, haja vista o desenvolvimento de ações que vão desde a promoção de saúde e prevenção, até o tratamento de alta complexidade⁸.

A COVID-19 exige alta demanda dos serviços hospitalares, criação e ampliação de leitos, sendo o foco na atenção especializada bastante debatido, especialmente com relação a

unidades de tratamento intensivo e respiradores pulmonares⁹. Todavia, não desconsiderando a importância da alta complexidade, é necessário salientar o potencial da APS como nível de atenção primário ao cuidado da população no enfrentamento deste novo agravamento, assim como de seus fatores de risco e doenças associadas.

Nesse sentido, as diretrizes clínicas para atuação das equipes da Atenção Primária à saúde (APS) em relação aos casos de COVID-19 estabelecem ações direcionadas ao teleatendimento, medidas de prevenção, identificação de suspeitos e estratificação de gravidade da doença, bem como manejo terapêutico e isolamento domiciliar dos casos leves. Ademais, ao nível de APS, ocorrem ainda os testes de COVID-19, rastreamento de contatos e imunizações¹⁰.

Além das diretrizes de ações de cuidado voltadas aos usuários, ainda há protocolos com recomendação de medidas individuais (higiene e uso de equipamentos de proteção individual) voltadas aos profissionais de saúde, uma vez que o exercício de suas atividades laborais e suas condições de trabalho são fontes legítimas de exposição ao vírus¹¹.

A APS possui o papel de garantir a continuidade do cuidado aos usuários do sistema, de acordo com seus atributos essenciais - primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação – e derivados – focalização na família, orientação comunitária e competência cultural, alinhada aos princípios do SUS¹².

Em meio ao atual contexto de saúde enfrentado, as equipes multiprofissionais de Estratégia Saúde da Família (ESF) devem centrar a oferta de cuidados não apenas na prevenção de determinada doença ou agravamento, mas trabalhar na promoção da saúde, de modo que seja capaz de ofertar cuidado integrado e dar conta de outras necessidades de saúde da população¹³.

Assim, a atual situação de saúde apresentada exigiu a revisão de estratégias e reorganização do processo de trabalho da APS de modo a garantir a segurança dos profissionais e responder de forma efetiva às necessidades de saúde da população, atendendo aos usuários com COVID-19, no entanto sem deixar de dar continuidade às ações próprias da APS. Com base no exposto, é relevante conhecer como a pandemia repercutiu no processo de trabalho da APS para o desenvolvimento de suas ações de promoção à saúde e prevenção. Desse modo, o objetivo deste estudo : Identificar os impactos causados pela Pandemia da COVID-19 nos processos de trabalho e nas ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Bardin¹⁴. O estudo foi desenvolvido no município de Santa Maria - RS, situado na região central do estado do Rio Grande do Sul, o qual conta com uma população estimada de 285.169 habitantes¹⁵.

A pesquisa foi realizada com 19 profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde que trabalham em unidades básicas com eSF do município de Santa Maria – RS, sendo os participantes enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, ACS, auxiliar de saúde bucal e dentista.

Como critério de inclusão, definiram-se profissionais de saúde trabalhadores de eSF, e amostra composta 50% por equipes vinculadas ao Programa de Residência e 50% por equipes não vinculadas a instituições de ensino. Além disso, os participantes deveriam idade igual ou superior a 18 anos. Como critério de exclusão definiram-se os profissionais em férias ou em licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados.

Para a eleição das referidas unidades, foram identificadas as eSF vinculadas ao Programa de Residência e as não vinculadas. Na sequência, procedeu-se o sorteio a partir da identificação das eSF que contam com residentes e das eSF que não possuem a atuação da residência multiprofissional e, na sequência, procedeu-se ao sorteio e a definição de unidades de saúde que integraram o referido estudo.

O método de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, realizada com base em um roteiro prévio que contemplava questões sobre ações de promoção e prevenção desenvolvidas e desafios enfrentados, percepção de mudanças na rotina de trabalho, pontos positivos e negativos em relação à COVID-19. Para essa pesquisa, compreendeu o período de março de 2020 a janeiro de 2021 e a coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2021.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa, aos quais foi garantido o sigilo e a segurança quanto às respostas.

A análise dos dados ocorreu a partir da análise proposta por Laurence Bardin¹⁴, na modalidade análise temática de conteúdo. Esta prevê três fases conforme indicado por Bardin: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

Conforme essa metodologia, na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante, ou seja, leitura geral do material eleito para análise, neste caso, as entrevistas já transcritas. Na próxima etapa, de exploração do material, realizou-se a construção das operações de

codificação, considerando os recortes dos textos definindo-se as unidades de análise ou unidades de registro. Posteriormente, realizou-se a leitura aprofundada de cada entrevista seguida da produção de um texto síntese a fim de expressar o conjunto de significados presentes nas mensagens analisadas. Após a conclusão dessa síntese, foram propostas inferências e realizaram-se interpretações com base nos objetivos definidos. Apontaram-se os seguintes agrupamentos temáticos como categorias de análise: 1) impacto da COVID-19 no processo de trabalho na APS: percepção dos profissionais de saúde; 2) Limites das ações de promoção e prevenção nos territórios e 3) Potencialidade para garantir as ações de promoção e prevenção junto às eSF. A análise dos discursos dos profissionais foi realizada separadamente para facilitar a compreensão da percepção de cada participante.

A pesquisa foi submetida Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), e aprovada sob o protocolo nº 50504121.0.0000.5346. Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados a seguir descrevem a percepção dos profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Santa Maria/RS sobre o impacto no processo de trabalho das equipes durante a Pandemia da COVID-19 bem como, busca identificar os impactos por ela causados nas ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família.

Os participantes deste estudo são profissionais da saúde predominantemente do sexo feminino (89,47%), com idade média de 42 anos. Os achados desta pesquisa corroboram com estudos anteriores, os quais demonstram que o perfil dos profissionais da APS no Brasil são, em sua maioria, independente da categoria, do sexo feminino¹⁶.

IMPACTO DA COVID-19 NO PROCESO DE TRABALHO NA APS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os segmentos de texto a seguir permitem identificar a realidade vivida pelos profissionais de saúde no cenário do trabalho, os quais o consideraram sobrecarga como impactante no processo de trabalho e acompanhamento dos usuários:

“E aí tu vem também com as suas questões enquanto pessoa, a gente tem que ter toda uma reorganização do processo de trabalho, EPI, enfim, como a gente vai lidar com usuário dentro da unidade, o distanciamento, o medo de adquirir o COVID também, sem saber o que podia acontecer, então certamente gera um impacto pra equipe, que envolve tanto questões pessoais e emocionais quanto profissionais na questão da tua reorganização no teu processo de trabalho.”(P5)

“O maior desafio da gente é ter o medo de enfrentar uma doença que a gente não sabe a proporção realmente dela, que é o maior desafio de vir da tua casa para trabalhar sem saber o que tu vai enfrentar aqui dentro.” (P2)

Nesse contexto, os profissionais de saúde entrevistados abordam a ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no ambiente de trabalho:

“A gente não tinha esses EPIs, no começo isso foi uma conquista, quando a assistente de saúde identificou que a gente não tinha, a gente saía com o básico, a máscara, com dinheiro do nosso bolso. Quando ela veio aqui identificou que a gente não tinha máscara, não tinha, só depois que a gente conseguiu.” (P10)

A falta de equipamentos de proteção individual (EPI) é relatada por diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde brasileira, de modo que foi necessário reunir esforços para aquisição de tais insumos^{17,18}. É essencial assegurar a disponibilidade de EPI, assim como a devida capacitação para seu uso e descarte adequado aos profissionais de saúde. Com isso, os profissionais se sentem mais seguros para desenvolver suas ações, tendo em vista não apenas a proteção à equipe, mas também aos usuários¹⁹.

Ademais, o risco e o medo de infecção, assim como a disponibilidade de informações foram demonstradas como capazes de influenciar a resposta psicológica dos profissionais de saúde na crise da COVID-19, tendo em vista experiências vividas em epidemias progressas²⁰. Por estarem expostos diretamente a usuários suspeitos ou infectados pelo coronavírus, tais profissionais constituem, assim como aquelas pessoas que possuem alguma condição

específica de saúde, um grupo de risco à COVID-19, uma vez que além da exposição a patógenos, ainda estão sujeitos, entre outros problemas, a extensas horas de trabalho, fadiga, desgaste profissional e sofrimento psicológico²⁰.

As falas a seguir apontam para o tempo limitado de cuidado à saúde dos profissionais, demonstrando sentimento de necessidade de ações voltadas à saúde do trabalhador:

“E a gente aqui debaixo do mau tempo, foi atendendo, atendendo, sem ter tempo para nos cuidar...senti falta de uma atenção para o profissional aqui dentro, porque às vezes tu tem que explodir tem que chegar no teu limite explodir, chorar, para ti ser ouvida.” (P2)

“A área da saúde escuta doenças todos os dias, escuta queixas, e se não tem uma válvula de escape, uma forma de espalhar isso aí, acaba trazendo dificuldades sociais, psicológicas.” (P9)

Diante de ocasiões associadas a uma pandemia, problemas psicológicos e sociais, como se sentir altamente estressado e com medo não necessariamente caracteriza alguma forma de patologia, de modo que tais reações são compreensíveis e consideradas normais diante de um contexto atípico²². Intervenções psicológicas direcionadas aos profissionais de saúde são centrais para encarar as implicações decorrentes da pandemia da COVID-19 na saúde mental^{23, 24}.

Alguns estudos sugerem iniciativas voltadas ao fornecimento de apoio psicossocial e de saúde mental, atendimento às necessidades básicas dos profissionais, assim como uma comunicação robusta e compassiva^{25,20}. Nesse sentido, no Brasil, a prestação de serviços psicológicos por meio da tecnologia da informação e comunicação visando reduzir os impactos psicológicos diante da pandemia do novo coronavírus foi autorizada²⁶.

Noal e colaboradores²⁷ sugerem ações específicas a serem desenvolvidas pelos profissionais. Essas incluem exercícios e atividades que contribuem na diminuição do nível de estresse agudo, ações compartilhadas de cuidado e reconhecer os próprios medos, amparando-se em redes de apoio seguras, assim como a busca por profissional de saúde mental e atenção psicossocial caso tais estratégias não sejam suficientes.

Soma-se a isso o contexto de saúde vivido pelos profissionais de saúde no decorrer da crise necessitando ampliar os turnos de trabalho para conseguir favorecer ofertar maior acesso dos usuários aos serviços, embora tenha sido destacado o número reduzido de profissionais:

“A gente passou a fazer um terceiro turno na semana para coleta de PCR, então a gente fazia na segunda, na quarta, na quinta. A gente trabalhava o dia inteiro e depois até 7, 8 horas da noite (...) Aqui um médico saiu, então a população buscava mas ao mesmo tempo estávamos com um profissional a menos.”(P12)

“A gente ficou sem ACS, ficou afastada, depois engravidou, perdeu o bebê, agora que veio, então estamos com ACS faz uma semana.” (P11)

A intensa carga de trabalho dos profissionais de saúde é associada à limitada atuação e capaz de impactar nas suas condições de saúde²⁸, o que tende a se agravar em um contexto de redução de profissionais na eventualidade destes terem que se afastar temporariamente. Seja por serem imunodeprimidos ou com doenças crônicas graves, gestantes de alto risco, pessoas acima de 60 anos, possuem suspeita de Síndrome Gripal ou ainda serem contactantes domiciliares assintomáticos de pacientes suspeitos ou confirmados^{10,29}.

A estabilidade dos profissionais de saúde está atrelada, entre outras, à realização das necessidades dos usuários e maior integralidade do cuidado e coordenação das ações e serviços³⁰. Nesse sentido, a ausência de profissionais no serviço apresentou-se como barreira para o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção pelos profissionais das equipes.

Os profissionais demonstram nas falas como a mudança no processo de trabalho impactou no desenvolvimento das ações de promoção e prevenção próprias da APS, principalmente pela suspensão de atividades desenvolvidas anteriormente:

“A gente ficou meio perdido, no início, porque a nossa rotina foi quebrada, então a gente teve que mudar totalmente a maneira de atender, de se portar, então tudo aquilo que a gente já vinha trabalhando, que atenção primária é muito voltada a prevenção, promoção e prevenção da saúde, a gente teve que

cortar isso aí [...] auriculoterapia foi suspensa, coleta de citopatológico foi suspensa no período da pandemia, até consultas médicas de rotina também, foram todas suspensas. Foram atendidos somente casos de demanda espontânea e urgências.” (P18)

“Algumas ações a gente fez on-line, as reuniões, o grupo, a gente foi encontrando uma forma...”(P17)

“A gente utilizava telefone, Facebook para orientar, a gente tem uma página também, a gente colocava bastante coisa...” (P12)

Alguns autores ao discutir o papel da APS frente à COVID-19 destacam que, na maioria dos países, a resposta inicial à pandemia centralizou-se em ações curativas, biomédicas e hospitalocêntricas^{31,32,33} em detrimento dos serviços da APS no território, sobre os quais a capacidade foi subestimada³¹. Entretanto, o cuidado à saúde da população é concretizado por meio de constantes ações de prevenção e promoção, que constituem a essência da APS. Entretanto, a longitudinalidade é demonstrada como suscetível à fragilização frente a aspectos que comprometam a integralidade, relação interpessoal entre membros da equipe e usuários e a capacitação dos profissionais para responder adequadamente às necessidades da população³⁴.

LIMITES DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO NOS TERRITÓRIOS

Embora algumas equipes tentaram manter o acompanhamento dos usuários e os grupos de promoção de saúde através de atividades remotas, essa estratégia foi bastante limitada pela falta de acesso de muitos usuários aos aparelhos celulares, conexão à internet, conhecimento sobre aparelhos tecnológicos e estímulo para participar das atividades, tendo em vista a redução da interação comparada àquelas realizadas presencialmente. Ainda, é abordada a dificuldade pelos profissionais para efetivá-las devido a questões relacionadas à falta de aparelhos celulares disponíveis e conexão via wi-fi à internet nas unidades:

"O telefone a gente conseguiu usar com uma nova ferramenta para conseguir continuar com alguns acessos, claro que daí também limitava porque tem pessoas que não tem o telefone, então isso acabou também sendo um fator limitante." (P1)

"(...) A gente depende da boa vontade de dar nossos números pessoais, tudo isso, ou então uma doação de um celular de alguém, a internet aqui é fiação, não é wi-fi, os próprios usuários, muitos não tinham acesso à internet, o que acaba acarretando numa limitação do acesso, isso é um fator bem desafiador pra todo mundo, como é que a gente vai reorganizar sem esse suporte". (P5)

A APS como primeiro contato da população, prevê o acesso facilitado para os usuários, esse acesso não diz respeito apenas à utilização do serviço de saúde, mas a oportunidade desse ser utilizado em contextos que permitam seu uso apropriado³⁷. Necessitou-se reorganizar o processo de trabalho de modo que não interferisse na preservação dos atributos da APS: acesso, coordenação do cuidado, longitudinalidade e abordagem familiar e comunitária³⁵. Para que não haja descontinuidade e agravamento das situações de saúde da população assistida, a utilização de tecnologias de informação e comunicação, a exemplo das redes sociais e telefone foi considerada como forma de garantia da oferta segura de ações aos pacientes³⁶.

É reconhecida a baixa disponibilidade de recursos, como o acesso à internet e computadores em algumas unidades de saúde do Brasil¹⁹. Nesse sentido, o processo de trabalho é composto por tecnologias, as quais na produção dos serviços de saúde envolvem recursos materiais e não materiais apropriados por esse saber³⁷. Desse modo, a aquisição de ferramentas mostra-se como necessária, haja vista a possibilidade de garantia de um melhor atendimento e acompanhamento da população sob responsabilidade das eSF¹⁹.

Além disso, os entrevistados relatam que por ocasião da pandemia ocorreu a redução do acesso dos usuários à unidade, tanto por medo de contaminação, quanto por espaçamento do período de acompanhamento, seja para renovação de receita ou atendimentos. Com isso, a continuidade das ações individuais e coletivas desenvolvidas pelos membros da equipe apresentou-se como dificultada, uma vez evidenciada uma lacuna no acompanhamento dos usuários:

“Hipertensão e diabetes, por exemplo, como consultas eletivas não podiam ser feitas, muitos e muitos suspenderam o tratamento. As receitas passaram a valer um ano, então as pessoas por um ano não apareceram. A gente não sabia se eles estavam ou não com a pressão controlada, a glicemia controlada, não conseguia ver eles, eles não vinham no posto, teoricamente não vinham...(P12).

“As atividades coletivas foram organizadas para ser online, grupo de gestante, grupo de adolescente, tudo passou a ser online para que eles ainda tivessem esse suporte, mas assim, foi um tempo até isso acontecer, então houve uma lacuna, um vácuo” (P5).

“Impediu as ações que a gente tinha de grupos, a gente fazia orientação nas escolas, PSE também, fazia trabalho com as crianças, isso aí que parou.” (P14).

A lógica de trabalho da APS busca a resolução global dos problemas de saúde, estando centrada na integralidade da atenção^{38,39}. Os profissionais atendiam aos casos suspeitos de COVID-19 ao passo que precisavam manter o cuidado às demais questões de saúde, devendo acompanhar também usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e o atendimento a pequenas urgências e às agudizações decorrentes dessas⁴⁰.

A pandemia de COVID-19 provocou alterações no modo de atenção dos sistemas de saúde, principalmente no que concerne ao redirecionamento das ações para responder à COVID-19, o que em parte resultou em menor acesso aos atendimentos⁴¹ e acréscimo dos fatores de risco para as DCNT⁴². Vervoort e colaboradores³¹ apontam que durante a segunda onda, para “achatar a curva”, as medidas envolviam o “bloqueio” o que pode ter causado a redução da procura por atendimento, em parte por medo dos usuários, que por sua vez representa um período maior desses com os sintomas e conseqüentemente risco substancial de agravamento de suas condições crônicas de saúde.

É demonstrado que a suspensão de atividades por várias semanas pode acarretar aumento da morbimortalidade por outras causas, conforme situações em que um modelo

assistencial com centralidade única na atenção hospitalar foi priorizado, de modo a acrescer os efeitos da pandemia⁴³.

Nesse contexto, as DCNT são responsáveis, mundialmente, pela maior carga de morbimortalidade⁴⁴. Durante o período de 2000 a 2019, foi demonstrada diminuição na contribuição de óbitos prematuros referente ao total de óbitos por DCNT, de 47,4% em 2000 para 41,8% em 2019, todavia, esse percentual ainda é considerado elevado⁴⁵.

A promoção da saúde realizada tanto em âmbito individual quanto coletivo mostra-se efetiva na reversão do impacto do crescimento das DCNT⁴⁶. Desse modo, é recomendada a continuidade dos cuidados de saúde às pessoas com DCNT, por meio da promoção da saúde e prevenção⁴⁷, do acompanhamento com ações de educação e comunicação em saúde, entre outras já desenvolvidas, e aquelas previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil para o período 2021-2030⁴⁵.

Ademais, os participantes da pesquisa perceberam que a forma como as Visitas Domiciliares (VD) eram realizadas pelos ACS e demais membros das equipes, também dificultou o acesso aos usuários pelos profissionais de saúde, como revelam a seguir:

“Visitas domiciliares também foram suspensas. As ACS não podiam entrar nas casas, a orientação era essa, e que a gente desse prioridade pra casos respiratórios. Conforme os meses foram passando a gente percebeu que os crônicos também precisavam, então aos poucos a gente foi refazendo as agendas, mas com número reduzido, mas em si a gente nunca parou, exceto bandeira preta...”(P14).

“As próprias visitas domiciliares tiveram restrições, ela não eram feitas dentro da residência, a gente não tinha um contato mais direto como tínhamos antes, era uma coisa mais restrita, mais restringida ao pátio mesmo e muitos também debilitados gente também não podia visitar por causa da função deles estarem já muito deprimidos, tinha medo de levar alguma coisa pra eles, então foi muitas restrições que houve, e com prejuízo grande.”(P7)

Com o advento da pandemia, alguns cuidados passaram a ser exigidos para que pudessem garantir a segurança de ambos, profissionais e usuários. Dessa forma, os profissionais, e em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), necessitaram tomar alguns cuidados mais acentuados, como a visita limitada à área peridomiciliar, prioridade de visita aqueles pacientes considerados de risco, mantendo distanciamento de pelo menos dois metros, com o uso adequado de equipamentos^{48,49}.

As VD objetivam, sobretudo, a promoção da saúde da comunidade, ocorrendo em espaço externo à unidade de saúde pelo ACS, utilizando-se de tecnologias leves⁵⁰, possibilitando que o cuidado à saúde ocorra de modo mais humano, acolhedor, além de permitir estabelecer laços de confiança entre profissionais e usuários, assim como entre família e comunidade⁵¹. A partir disso, o acesso da população às ações de saúde no domicílio, um dos pontos atenção à saúde, torna-se ampliado⁵².

É interessante observar no relato a seguir o resgate do papel do ACS para a realização das ações de prevenção de agravos e doenças e promoção à saúde:

O agente comunitário de saúde, por exemplo, só poderia ir até o portão, jamais entrar na casa do usuário, uma coisa assim que é bem complicado porque o papel do agente comunitário é ser a porta de entrada, ele é a ponta. Ele que vai lá na casa do paciente, verifica carteira de vacina, vê se estão em dia, orienta paciente na unidade, e isso foi modificado, teve que ser modificado dentro da pandemia...e isso atinge sim toda equipe porque tu deixa de ter informações importantes que é resolvida na reunião de equipe (P2).

A atuação no território é destacada pelo papel do ACS, o qual envolve a prática dos atributos de abordagem familiar e comunitária ao realizar educação em saúde, orientações e divulgar informações à comunidade. Diante da pandemia, as VD se constituíam em momentos propícios para os ACS realizarem educação em saúde, tendo em vista a alta propagação de informações falsas, comumente chamadas de *fake news*, acerca da COVID-19, modos de transmissão e contágio, assim como seu tratamento¹⁹.

A continuidade das ações dos ACS na pandemia permite a abordagem comunitária nos quatro eixos: vigilância, continuidade do acompanhamento das famílias por meio de visitas peridomiciliares, apoio a grupos vulneráveis e comunicação à distância³³. A intermediação e

articulação entre os usuários e o serviço de saúde também é feita por esses profissionais, os quais conhecem as realidades e necessidades dos usuários e das famílias locais^{53,54}, com os quais mantém relação de vínculo, o qual é situado no campo das tecnologias leves que envolvem ainda o acesso, acolhimento, tomada de decisões, assim como a organização do processo de trabalho⁵⁰.

A ausência de contato físico, assim como impossibilidade de adentrar as residências dos usuários acompanhados, é apresentada pelos participantes como obstáculos para a manutenção do vínculo e realização de um trabalho resolutivo pela equipe, a qual destaca que a prática da tecnologia das relações promove melhor acompanhamento dos usuários, influenciando no processo de longitudinalidade do cuidado:

“Tu tendo o grupo tu te aproxima de uma maneira diferente que em uma consulta dentro da unidade de saúde. Tu tendo esse vínculo, a adesão ao tratamento é melhor, então isso também ficou prejudicado, a adesão ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso.” (P8).

“A gente deixou de passar as informações para eles, deixou de tê-los presentes, mais constantemente como era antes, observando o que eles estavam apresentando, não tivemos mais contato direto com eles.” (P7).

Para a PNAB, o vínculo implica a construção de relações afetivas e de confiança entre profissionais de saúde e usuários, de forma que possibilite o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde. Desse modo, viabilizar e estabelecer vínculo com os usuários são atribuições dos profissionais da APS⁷, a qual prevê o acompanhamento ao longo do tempo à população assistida, sendo a longitudinalidade um atributo da APS⁵⁵ e indispensável para que as equipes alcancem a integralidade do cuidado à população³⁰.

POTENCIALIDADE PARA GARANTIR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO JUNTO ÀS eSF

Apesar das limitações e desafios enfrentados pelas eSF, aquelas que possuíam vínculo com o programa de residência multiprofissional identificaram a contribuição que o trabalho

dos residentes teve no processo de trabalho durante o período da COVID-19. Tais equipes destacaram que o impacto da pandemia foi atenuado em virtude da atuação dos residentes do programa de residência multiprofissional:

“Como a gente tem a residência aqui, que a gente também tem ênfase de saúde mental então a gente conseguiu até fazer um acompanhamento mais específico com esses pacientes que precisavam desse olhar mais pontual, mais de perto (...) é muito mais na cara e na coragem mesmo das equipes e principalmente dos residentes, a residência é uma força de trabalho, um suporte muito forte pras duas equipes e pras duas unidades. Eu acho que se não fossem as gurias da residência, a gente não teria perna pra fazer metade do que foi feito.” (P5)

A importância dos Programas de Residência no enfrentamento à COVID-19 foi reconhecida a partir da criação do programa “O Brasil conta comigo – Residentes na área da saúde” estabelecido pela Portaria nº 580 de 27 de março de 2020⁵⁶. A Residência Multiprofissional é baseada na interdisciplinaridade e na formação de um conhecimento ampliado em saúde, de modo que a partir da vivência prática nos serviços, aliada a um suporte de aprendizagem, a formação técnica e humanística do profissional de saúde se concretiza⁵⁷.

Estudos evidenciam, entre outras contribuições, a potencialidade da residência nos territórios, fortalecimento de ações integradas de saúde, avanço no trabalho em equipe multiprofissional e mudança no modelo assistencial de saúde⁵⁸. Ainda, o PRAPS, ao apresentar profissionais de diferentes núcleos de conhecimento, atua na lógica de superação do modelo biomédico de atenção à saúde, promovendo mudanças na formação dos residentes, que em sua maioria, não apresentam uma formação em consonância com os princípios e diretrizes do SUS⁵⁹.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa verificou a percepção dos profissionais de saúde quanto ao impacto da Pandemia de COVID-19 no processo de trabalho das eSF. Foi possível perceber que, no âmbito da APS, a pandemia de COVID-19 gerou impactos no processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família, que por sua vez refletiu no acompanhamento dos

usuários e nos profissionais de saúde. Os resultados revelam dificuldade de acesso pelos e aos usuários, interrupção da continuidade do cuidado, foco reduzido na promoção de saúde e prevenção de outras doenças, o que resultou em agravamento de outras condições de saúde, além de sobrecarga de trabalho, medo e estresse aos profissionais. A residência multiprofissional foi considerada vital na manutenção das ações e atenuação do impacto gerado pela Pandemia da COVID-19. Essa situação exige ações direcionadas não somente no combate ao coronavírus, mas também em atenuar os malefícios do afastamento. É imprescindível o fortalecimento do apoio às equipes, realizado principalmente pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Educação Permanente em Saúde aos Profissionais, a fim de transformar os processos de trabalho, assim como a retomada de ações integradas de educação e promoção em saúde, prevenção de outras doenças e agravos, com atenção integral aos grupos de risco, em especial aqueles com doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Ren, LL. et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chinese medical journal*, [S. l.], v. 133, n. 9, p. 1015–1024, 2020. DOI: 10.1097/CM9.0000000000000722.
2. World Health Organization. Disease outbreak news, 2020. <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>. Accessed 15 Apr 2020.
3. Vervoort, DLJ., Percy, EHS., & Lee, R. (2020). Assessing the Collateral Damage of the Novel Coronavirus: A Call to Action for the Post-COVID-19 Era. *The Annals of thoracic surgery*, 110(3), 757–760. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.04.015>
4. CDC. Science Brief: Evidence Used to Update the List of Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/underlying-evidence-table.html>
5. Huang, C. et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, [S. l.], v. 397, n. 10270, p. 220–232, 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8).
6. Mendes, EV, O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.
7. Aquino, EML. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v.

25, suppl 1 [Acessado 16 Fevereiro 2022] , pp. 2423-2446. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.

8. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

9. Souza N., Kenya VM. et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: Analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. *Cadernos de Saude Publica*, [S. l.], v. 36, n. 6, p. 1–17, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00115320.

10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Ed. 9. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>.

11. World Health Organization [Internet]. Genebra; 2020 [citado em 5 abr 2020]. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-keyconsiderations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-keyconsiderations-for-occupational-safety-and-health)

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

13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2002

14. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016

15. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/santa-maria.html>

16. Almeida LEF et al. Perfil Socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família [Social and professional profile of family healthcare team members]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 24, n. 1, p. e9405, jul. 2016. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405>>. Acesso em: 12 fev. 2022. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>.

17. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, et al. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. *APS EM Rev* [Internet]. 2020 jun 9 [acesso em 2022 jan 3];2(2):74–82. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>

18. Ribeiro MA, Júnior DGA, Cavalcante ASP, et al. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. *APS EM Ver* 20 [Internet]. 2020 jun 9 [acesso em 2022 jan 3];2(2):177–88. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>

19. Cabral ERM, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, Machado LO, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *InterAm J Med Health* 2020;3:e202003012
37. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8
20. Ripp, J; Peccoraro, L; Charney, D. Attending to the emotional well-being of the health care workforce in a new york city health system during the COVID-19 pandemic. *Academic Medicine*, [S. l.], v. 95, n. 8, p. 1136–1139, 2020. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003414.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus Disease (Covid-19) Outbreak : Rights , Roles and Responsibilities of Health Workers , Including Key Considerations for Occupational Safety. World Health Organization (WHO), [S. l.], p. 1–3, 2019. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0.
22. Fundação Oswaldo Cruz Brasília (Fiocruz) [Internet.]. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19 - Recomendações Gerais. 07 Apr 2020 [cited 10 Apr 2020]. Available from: <https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-COVID--19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf>
- 23 Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- 24 Shojaei, SF., & Masoumi, R. (2020). The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*,
- 25 Moreira, AS; DE LUCCA, SR.. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao covid-19. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 11, n. 1.ESP, ago. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3590>>. Acesso em: 08 fev. 2022. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3590>.
- 26 Conselho Federal de Psicologia. (2020a). Resolução do exercício profissional nº4, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológico prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID19. Recuperado de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-dacomunicacao-durante-a-pandemia-do-covid19?origin=instituicao>.
- 27 Noal, DS; Passos, MFD; Freitas, CM. Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p
- 28 Fernandez, M, Lotta, G, Corrêa, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2021, v. 19 [Acessado 14 Fevereiro 2022] , e00321153. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>>. Epub 21 Abr 2021. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>.

29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. COE/SVS/MS | Abr. 2020.
30. CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.
31. Giovanella, L. et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2021, v. 19 [Acedido 13 Febrero 2022] , e00310142. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>>. Epub 19 Oct 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>.
32. Medina, MG. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 8 [Acessado 13 Fevereiro 2022] , e00149720. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. Epub 17 Ago 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
33. Giovanella, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. Saúde em Debate [online]. 2020, v. 44, n. spe4 [Acessado 13 Fevereiro 2022], pp. 161-176. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>>. Epub 23 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.
34. Kessler, M. et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2019, v. 32, n. 2 [Acessado 14 Fevereiro 2022] , pp. 186-193. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>>. Epub 10 Jun 2019. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>.
35. Vitória AM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI [internet]. São Paulo: Cosems; 2020. [acesso em 2022 jan 22]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>
» <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>
36. Guadalupe MM; Giovanella, L.; Bousquat, A.; Mendonça, M. H. M; Aquino, R.. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? Cadernos de Saude Publica, [S. l.], v. 36, n. 8, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00149720.
37. Goncalves, RBM. Tecnologia e organizacao social das praticas de saude: caracteristicas tecnologicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saude de sao paulo. [S.l: s.n.], 1994.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2021 dez 18]. Disponível em:

http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-do_-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017.

39. Carnut, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate* [online]. 2017, v. 41, n. 115 [Acessado 6 Fevereiro 2022] , pp. 1177-1186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.

40. Daumas, RP. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 6 [Acessado 13 Fevereiro 2022] , e00104120. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>.

41. Pan American Health Organization. Diretora da OPAS afirma que luta contra a pandemia de COVID-19 deve incluir tratamento de doenças crônicas [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2020 [acessado em 17 dez. 2021]. Disponível em: Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6181:diretora-da-opas-afirma-que-luta-contr-a-pandemia-de-covid-19-deve-incluir-tratamento-de-doencas-cronicas&Itemid=839

» https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6181:diretora-da-opas-afirma-que-luta-contr-a-pandemia-de-covid-19-deve-incluir-tratamento-de-doencas-cronicas&Itemid=839

42. Malta, DC. et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2020, v. 29, n. 4 [Accessed 13 February 2022] , e2020407. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>>. Epub 25 Sept 2020. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>.

43. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M, et al. At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080> (acessado em 08/jan/2022)» <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080>

44. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: WHO, 2011.

45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 118 p. : il.

46. MALTA, DC.; MORAIS NETO, OL; SILVA JUNIOR, JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-

49742011000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 fev. 2022. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>.

47. Malta, DC et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2021, v. 24 [Acessado 13 Fevereiro 2022], e210009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>>. Epub 03 Maio 2021. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao covid-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.

50. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo.

51. Sakata, KN et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2007, v. 60, n. 6 [Acessado 9 Fevereiro 2022], pp. 659-664. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000600008>>. Epub 08 Jan 2008. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000600008>.

52. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

53. Daschevi JM, Tacla MT, Alves BA, Toso BR, Collet N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Semina cienc. biol. saude.* [Internet]. 2015;36(1):31-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1p31> doi: 10.5433/1679-0367.2015v36n1p31 DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1p31>

54. Santos NC, Toso BR, Collet N, Reichert AP. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2016;29(6):610-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600086> doi: 10.1590/1982-0194201600086 DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600086>

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

56. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 580 de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo -Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemiadocoronavírus(COVID-19).DiárioOficialdaUnião2020;30mar.Acesso em 2022 12 Fev 22. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-580-de-27-de-marco-de-2020-250191376>

57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da

Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

58. Domingos, CM, Nunes, EF Polo AC, Brigida, G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde* * Elaborado com base em Domingos CM. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do Trabalhador de Saúde [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2012. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2015, v. 19, n. 55 [Acessado 15 Fevereiro 2022], pp. 1221-1232. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>>. Epub 21 Ago 2015. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>.

59. Silva, CA, Dalbello, AM. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. 123 [Acessado 15 Fevereiro 2022] , pp. 1240-1258. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer o impacto da Pandemia da COVID-19 no processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva dos profissionais de saúde. Assim, buscou-se compreender as ações que foram desenvolvidas e os desafios vivenciados por quatro equipes de ESF de um município do Rio Grande do Sul.

Esses dados foram analisados sob o espectro teórico de Bardin. Demonstra-se assim, que as unidades com eSF que possuem vínculo com o Programa de Residência Uni e Multiprofissional, conseguiram obter maior facilidade em dar continuidade às ações e atenuar o impacto da crise no processo de trabalho e acompanhamento dos usuários.

Constataram-se dificuldades no processo de trabalho das equipes para desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tanto por dificuldade de acesso aos usuários quanto à manutenção do vínculo e condições de trabalho apresentadas durante o período da Pandemia da COVID-19. Propõe-se como estratégia para mitigar tais efeitos e fortalecer a atuação dos profissionais de saúde através do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) como dispositivo potencial para a resolutividade da APS, a retomada de ações de educação e promoção de saúde, assim como de prevenção de doenças, que sejam integradas com outros serviços, e Educação Permanente em Saúde aos Profissionais, a fim de buscar não apenas combater a Pandemia do novo coronavírus, mas também transformar os processos de trabalho e atenuar os malefícios advindos do afastamento.

6 REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2002

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Declaração de Santa Fé de Bogotá. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: MS, Fiocruz; 1996. p. 41-47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Ed. 9. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>.

BRASIL. ASSEMBLÉIA DA REPÚBLICA. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 1990b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 1990a.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em resolução específica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [Internet]**. Brasília, nº 135, p. 55, 16 jul 2018 [acesso 12 dezembro 2022]. Seção 1. Disponível https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31546309/doi-2018-07-16-resolucao-n-580-de-22-de-marco-de-2018-31546295

CDC, **Center for Disease Control and Prevention**. Science Brief: Evidence Used to Update the List of Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/underlying-evidence-table.html>

CDC. **Center for Disease Control and Prevention**. Scientific Brief: SARS-CoV-2 Transmission. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-SARS-CoV-2.html>. Acesso em 19/07/2021.

CHAN, Jasper Fuk Woo et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **The Lancet**, [S. l.], v. 395, n. 10223, p. 514–523, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9).

DAUMAS, Regina Paiva; AZEVEDO E SILVA, Gulnar; TASCA, Renato; DA COSTA LEITE, Iuri; BRASIL, Patrícia; GRECO, Dirceu B.; GRABOIS, Victor; DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: Limits and possibilities for fighting COVID-19. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 36, n. 6, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00104120.

DE SOUZA NORONHA, Kenya Valeria Micaela et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: Analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 36, n. 6, p. 1–17, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00115320.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HUANG, Chaolin et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. **The Lancet**, [S. l.], v. 397, n. 10270, p. 220–232, 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8).

IBGE – **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/santa-maria.html>

MACINKO, J.; HARRIS, MJ. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015;372(23): pp-. **N Engl J Med**, [S. l.], p. 2177–2181, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. 512 p.: il.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

OLIVEIRA, Erivan de Souza; MORAIS, Arlandia Cristina Lima Nobre De. COVID-19: uma pandemia que alerta à população. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, [S. l.], v. 3, p. 1–7, 2020. DOI: 10.31005/iajmh.v3i0.80.

OMS. Declaração de alma-ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. In: OMS; Unicef. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978.

PAIM Jairnilson Silva. **O QUE É SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. **Historia, Ciências, Saude - Manguinhos**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014. DOI: 10.1590/S0104-59702014000100002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Plano municipal de saúde, 2022-2025**. 3ª edição, 2021. 100pag.

REN, Li Li et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chinese medical journal*, [S. l.], v. 133, n. 9, p. 1015–1024, 2020. DOI: 10.1097/CM9.0000000000000722.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros De. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 40, n. 108, p. 204–218, 2016. DOI: 10.1590/0103-1104-20161080017.

STOPA, Sheila Rizzato; CARVALHO, Deborah; NASCIMENTO, Camila; III, Monteiro. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, n. 1, p. 1s-11s, 2017.

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

WHO, **World Health Organization**. Disease outbreak news. 2020. <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>. Accessed 15 Apr 2020.

WHO, **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). Global research and innovation fórum, 2020. Disponível em:

[https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum). Acesso em: 12 de abril de 2021.

WHO, World Health Organization [Internet]. Genebra; 2020 [citado em 5 abr 2020]. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-keyconsiderations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-keyconsiderations-for-occupational-safety-and-health)

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE

Nº Questionário:

Data do questionário: / /

Sexo: Feminino Masculino Outros _____

Estado Civil:

Solteiro(a) Casado(a)/União estável

Divorciado(a)/Separado/Desquitado Viúvo(a)

3. Raça: Branca Preta Parda Indígena Não declarado/não sabe.

4. Escolaridade:

Sem escolaridade/analfabeto Primeiro Grau Incompleto Primeiro Grau completo Segundo Grau Incompleto Segundo grau completo Superior incompleto Superior completo Pós-graduação Mestrado Doutorado Não declarado/Não sabe informar.

Idade: de 18 a 29 de 30 a 39 de 40 a 49 de 50 a 60 acima de 60 anos.

Residência: Urbana Rural.

Atual Ocupação: Trabalha

Qual Ocupação/profissão: _____

Durante a Pandemia COVID -19 houve ações individuais aos usuários que foram suspensas?

Sim Não.

Em caso afirmativo, quais?

Durante a Pandemia COVID -19 houve ações coletivas que foram suspensas

() Sim () Não.

Em caso afirmativo, quais?

Que impacto você julga que teve a suspensão das atividades individuais e coletivas na rotina da unidade de saúde para a população?

E para a equipe?

Houve mudanças na rotina diária da unidade de saúde durante a pandemia da Covid - 19?

Se sim, como você percebe essas mudanças?

Houve ações individuais de promoção e prevenção necessitaram ser desenvolvidas pela unidade de saúde durante o período da pandemia de COVID - 19?

Houve ações coletivas de promoção e prevenção necessitaram ser desenvolvidas pela unidade de saúde durante o período da pandemia de COVID - 19?

Houve desafios, na sua concepção, que foram enfrentados pela equipe para realização dessas ações de prevenção e promoção durante a pandemia de COVID - 19?

E destas ações que foram criadas pela equipe, quais você julga importante e que devem ser mantidas?

Na sua concepção, a pandemia COVID - 19 trouxe algo de negativo na promoção do cuidado aos usuários?

Na sua concepção, a pandemia COVID - 19 trouxe algo de positivo na promoção do cuidado aos usuários?