



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**RAFAELA PIRES LEAL CARDOSO COSTA**

**ACESSO DOS USUÁRIOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
**NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: UM ESTUDO**  
**DE CASO**

**FEIRA DE SANTANA**

**2023**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

RAFAELA PIRES LEAL CARDOSO COSTA

**ACESSO DOS USUÁRIOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: UM ESTUDO  
DE CASO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS como parte dos requisitos finais para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na linha de pesquisa: Políticas, planejamento, organização de sistemas, serviços e programas de saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kleize Araújo de Oliveira Souza

FEIRA DE SANTANA

2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó – UEFS

Costa, Rafaela Pires Leal Cardoso  
C875a Acesso dos usuários à Atenção Primária à Saúde no contexto da  
pandemia da COVID-19: um estudo de caso / Rafaela Pires Leal Cardoso  
Costa. – 2023.  
131 f. : il.

Orientadora: Kleize Araújo de Oliveira Souza  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de  
Santana. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, 2023.

1. Pandemia. 2. COVID-19. 3. Atenção primária à saúde. I. Souza,  
Kleize Araújo de Oliveira, orient. II. Universidade Estadual de Feira  
de Santana. III. Título.

CDU: 614:616.988

Rejane Maria Rosa Ribeiro CRB-5/695

RAFAELA PIRES LEAL CARDOSO COSTA

**ACESSO DOS USUÁRIOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA  
PANDEMIA DA COVID-19: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao curso Mestrado Profissional em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Aprovada em: 02 de junho de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kleize Araújo de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/Orientadora)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Silva Servo

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/ Titular)



Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Thadeu Borges Souza Santos

Universidade do Estado da Bahia (UNEB/Titular)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Sales de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/Suplente)

FEIRA DE SANTANA

2023

## DEDICATÓRIA

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda” (Paulo Freire).  
Àos meus pais que me ensinaram a importância da educação e do conhecimento como ferramentas para transformar o mundo. À minha querida orientadora Dr.<sup>a</sup> Kleize Araújo de Oliveira que me inspira com sua linda trajetória na vida acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

Iniciar o Mestrado em Saúde Coletiva sempre foi um desejo muito grande na minha trajetória. O Mestrado veio como uma forma de dar continuidade a minha vida acadêmica, numa busca por conhecimento e por crescimento além de profissional, também pessoal. Crescer como pessoa para mim significa vivenciar novas experiências e ter a possibilidade de fazer a diferença na vida do outro. Possibilidade essa que se tornou palpável a partir das trocas de saberes ofertadas no desenvolvimento do curso e com a oportunidade de desenvolver uma pesquisa que tenha um valor social e traga retorno no meu ambiente de trabalho.

Além da alegria de estar cursando o Mestrado em Saúde Coletiva, ressalto a satisfação de poder viver este momento dentro da UEFS, instituição que me acolheu desde o início da minha trajetória, quando ainda muito nova, tive a oportunidade de cursar Enfermagem e aqui aprender os ofícios de uma das minhas profissões, com mestres que levo com carinho nas minhas memórias e no meu coração.

Aqui também encontrei a dedicação da minha orientadora a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kleize Araújo de Oliveira, a qual dedico esse trabalho e essa vitória. Agradeço a paciência e a confiança. Agradeço por ter acreditado em mim, por respeitar meu tempo e por se fazer tão presente, tornando o processo mais leve e prazeroso. Você sempre será uma grande inspiração.

Agradeço a Deus por todas as Graças alcançadas, por todas as manhãs que me permite levantar com saúde, força e determinação para seguir em frente. Nos momentos mais difíceis, quando tudo parece perdido, Ele sempre me mostra que Seu amor por mim é incondicional e que nada é impossível para aquele que crer.

À minha mãe, minha maior incentivadora. Com ela aprendi que só a educação consegue transformar o mundo e mudar a vida das pessoas. Através da sua dedicação pelos seus alunos, desenvolvi a paixão pelos estudos e a vontade de sempre me desafiar. Aquela que as vezes, mesmo em silêncio é capaz de me mostrar seu amor e sua torcida pelo meu sucesso.

Ao meu pai, que mesmo tendo partido tão cedo, me deixou os ensinamentos mais valiosos que tenho enraizado na minha essência. Me ensinou o amor, a compaixão, a humildade, a generosidade. Com ele aprendi a olhar o outro com ternura e entender que somos todos iguais. Que é nas dificuldades que encontramos força para crescer e lutar pelos nossos sonhos.

À minha família, meu esposo e meus filhos. A existência de vocês em minha vida sempre me fez ter vontade de crescer e me tornar uma pessoa melhor. Agradeço a compreensão e a paciência. Os momentos de carinho e dedicação me fortalece a cada dia. Amo vocês infinitamente.

Sou grata a alguns amigos especiais que se fizeram tão presentes nessa trajetória. Meu amigo Cleuton, parceiro de estudo, obrigada pela calma e pela troca de experiência. Minha amiga Suzana, que esteve presente desde o processo seletivo, me incentivando, me ouvindo e me dizendo que eu era capaz.

Gostaria de agradecer também ao Município de São Gonçalo dos Campos-BA que me acolheu e possibilitou que fosse desenvolvida minha pesquisa. A todos os participantes, trabalhadores de saúde e gestores que se disponibilizaram a colaborar e enriqueceram minha busca pelo conhecimento.

A minha turma, 4ª turma do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS, muito obrigada por todos os momentos juntos. Vocês fizeram toda a diferença nesses dois anos de curso. E aos mestres que cruzaram meu caminho e deixaram seus ensinamentos, colaborando para essa tão sonhada conquista.

A todos, meu MUITO OBRIGADA!

"Eu sou a videira; vocês são os ramos.  
Se alguém permanecer em mim e eu  
nele, esse dá muito fruto; pois sem mim  
vocês não podem fazer coisa alguma".

(BÍBLIA SAGRADA, João 15:5)

## RESUMO

COSTA, Rafaela Pires Leal Cardoso. **Acesso dos usuários à Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19: Um estudo de caso.** 2023. 131p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

A pandemia da Covid-19 veio como um grande desafio para os trabalhadores de saúde. Lidar com uma doença até então desconhecida, que se disseminou rapidamente e causou um aumento descontrolado do número de óbitos, trouxe várias discussões para saúde mundial no intuito de estabelecer as melhores estratégias para controlar a disseminação da doença, diminuir as mortes e promover a assistência nos diferentes cenários. O presente estudo teve como objetivo principal analisar o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde da APS no município de São Gonçalo dos Campos-BA, durante a pandemia da COVID – 19. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. Foi utilizada a entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de dados. Participaram do estudo 17 pessoas, sendo 14 trabalhadores de saúde e 3 gestores. Para análise de dados foi utilizado a técnica de análise do conteúdo, com apoio do software IRAMUTEQ, através da árvore de similitude e de nuvens de palavras. O estudo aponta que diferentes estratégias foram criadas para garantir o acesso dos usuários as ações e serviços da APS em São Gonçalo dos Campos-BA, tais como: a adaptação das estruturas para garantir o distanciamento, estabelecimento de consultas de pré-natal com horários marcados, organização de um plantão odontológico em uma das unidades do serviço, utilização de um canal telefônico para acompanhamento dos casos suspeitos e esclarecimento das dúvidas a respeito da doença. Além disso, se destacou a atuação dos profissionais nas barreiras sanitárias como medida de prevenção através das orientações e identificação dos casos suspeitos. A pesquisa ainda sinalizou a importância das capacitações periódicas e dos espaços de discussão, visto se tratar de uma doença nova. O estudo traz para os trabalhadores de saúde e gestores ao atuarem na pandemia da COVID-19, considerando o medo, a desinformação, os desafios estruturais entre outros, a reflexão de que é preciso um olhar diferenciado para saúde com novos investimentos para que a população não sofra tantos danos em caso de uma nova situação pandêmica, semelhante a vivenciada recentemente.

Palavra-chave: Pandemia; Atenção Primária a Saúde; Acesso; COVID-19

## ABSTRACT

COSTA, Rafaela Pires Leal Cardoso. **Users' access to Primary Health Care in the context of the COVID-19 pandemic: a case study. 2023.** 131p. Dissertation (Professional Master in Collective Health) - State University of Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

The Covid-19 pandemic came as a great challenge for health workers. Dealing with a hitherto unknown disease, which spread rapidly and caused an uncontrolled increase in the number of deaths, brought several discussions to world health in order to establish the best strategies to control the spread of the disease, reduce deaths and promote assistance in the different scenarios. The main objective of this study was to analyze user access to PHC health actions and services in the municipality of São Gonçalo dos Campos-BA, during the COVID-19 pandemic. It is a qualitative research, of the case study type. A semi-structured interview was used as a data collection technique. 17 people participated in the study, 14 health workers and 3 managers. For data analysis, the content analysis technique was used, with the support of the IRAMUTEQ software, through the similitude tree and word clouds. The study points out that different strategies were created to ensure user access to PHC actions and services in São Gonçalo dos Campos-BA, such as: adapting structures to ensure distancing, establishing prenatal consultations with scheduled times, organization of a dental shift at one of the service units, use of a telephone channel to follow up suspected cases and clarify doubts about the disease. In addition, the performance of professionals in sanitary barriers was highlighted as a preventive measure through guidance and identification of suspected cases. The research also signaled the importance of periodic training and discussion spaces, since it is a new disease. The study brings to health workers and managers when acting in the COVID-19 pandemic, considering fear, misinformation, structural challenges, among others, the reflection that a different look is needed for health with new investments so that the population do not suffer so much damage in case of a new pandemic situation, similar to the one experienced recently.

Keywords: Pandemic; Primary Health Care; Access; COVID-19

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária de Saúde
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>Cebes</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CICPS</b>	Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde
<b>COVID-19</b>	Corona Vírus Disease 19
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública
<b>EPI</b>	Equipamento de Proteção Individual
<b>EqSF</b>	Equipe Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MEDLINE</b>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
<b>NOAS</b>	Norma Operacional da Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>NUPISC</b>	Núcleo de Pesquisa Integrada Saúde Coletiva
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PAB</b>	Piso de Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PPSUS</b>	Programa de Pesquisa do Sistema Único de Saúde
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UEFS</b>	Universidade Estadual de Feira de Santana
<b>Unicef</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1-</b>	Árvore de similitude sobre as estratégias criadas pelo município de São Gonçalo dos Campos para possibilitar o acesso dos usuários aos serviços da APS durante a pandemia da COVID-19	47
<b>FIGURA 2-</b>	Nuvem de palavras sobre a compreensão dos trabalhadores sobre as estratégias que possibilitem o acesso dos usuários aos serviços de saúde da APS	51
<b>FIGURA 3 -</b>	Pontos estratégicos para adoção de novas rotinas na APS durante a pandemia da COVID-19	62
<b>FIGURA 4 -</b>	Árvore de similitude sobre as ações desenvolvidas para capacitar e inserir os trabalhadores de saúde nas ações e serviços da APS durante a pandemia da COVID-19	66
<b>FIGURA 5 -</b>	Nuvem de palavras sobre a compreensão dos trabalhadores sobre as ações desenvolvidas para capacitar e inserir os trabalhadores de saúde nas ações e serviços da APS durante a pandemia da COVID-19	68
<b>FIGURA 6 -</b>	Árvore de similitude sobre as dificuldades/ facilidades e desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde	74
<b>FIGURA 7 -</b>	Nuvem de palavras sobre a compreensão dos trabalhadores sobre as dificuldades/ facilidades e desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde	78

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	21
3.2 ACESSO E ACESSIBILIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE .....	25
3.3 APS E A PANDEMIA DA COVID-19 .....	28
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>35</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	35
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	36
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	37
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	38
4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS .....	39
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	41
<b>5. ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	<b>43</b>
5.1 ACESSO DO USUÁRIO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA APS NO PERÍODO PRÉ-PANDÊMICO .....	43
5.2 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA POSSIBILITAR O ACESSO DOS USUÁRIOS: NOVAS ROTINAS ADOTADAS PELA APS DE SÃO GONÇALO DOS CAMPOS – BA	46
<b>5.2.1 Barreiras Sanitária</b> .....	<b>63</b>
5.3 CAPACITAÇÃO E INSERÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NAS AÇÕES E SERVIÇOS DA APS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 .....	65
5.4 DIFICULDADES/ FACILIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE PARA A REORGANIZAÇÃO DA APS .....	73
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>90</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>91</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Cuidar da saúde de uma população e desenvolver estratégias que garantam uma assistência adequada sempre foi um desafio para todas as nações. Assim, muitos países concentram seus esforços para implantar sistemas de saúde que atendam às suas necessidades e que proporcionem uma melhor qualidade de vida para suas comunidades.

É de amplo conhecimento que os países que apresentam grandes desigualdades sociais possuem um desafio ainda maior para implantar sistemas de saúde mais equânimes, que ofereçam indistintamente serviços de qualidade, visto que, as condições de saúde de uma população estão diretamente relacionadas aos determinantes sociais, que refletem as condições de vida e, conseqüentemente, indicam o nível de envolvimento do Estado no enfrentamento dessas questões (PITOMBEIRA e OLIVEIRA, 2020).

Diante de um cenário de desigualdades sociais em diversos países, em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (CICPS) em Alma-Ata, no Cazaquistão. Essa conferência foi promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) com o intuito de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) “fundamentalmente como assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que os países possam suportar” (ANDRADE *et al.*, 2013, p.846). De acordo com Giovanella (2018) a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) contempla três componentes essenciais: o acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; a indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social; e a participação social.

O sistema de saúde implantado no Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS), tomando como referência uma perspectiva ampliada, dá ênfase aos contextos socioeconômicos que determinam a saúde da população. “Ao determinar a saúde como direito de todos e dever do Estado”, a Constituição de 1988 explicita a conquista da saúde por meio dos fatores determinantes e condicionantes, como mediante a necessidade de garantir “às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (PITOMBEIRA e OLIVEIRA, 2020, p. 1700).

No Brasil, como em outros países, há uma constante discussão a respeito da saúde e de como torná-la mais efetiva, melhorando sua cobertura e fortalecendo suas ações. Assim, estudos demonstram que a adesão a um sistema de saúde centrado na APS, tem garantido um avanço nos indicadores e no uso de recursos destinados a essa área (ANDRADE *et al.*, 2013). Outrossim, Giovanella (2018) afirma que há um consenso entre os países de que a APS deve

ser fortalecida e que seus avanços têm garantido uma diminuição da desigualdade e uma melhora nas condições de saúde da população. Já Viana e Poz (2005), ao tratar da importância da APS, destacam as mudanças ocorridas no Brasil no modelo assistencial dentro do SUS com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e das Estratégias de Saúde da Família (ESF), aproximando a assistência à comunidade de forma preventiva, mudando o foco da assistência médica hegemônica. Esses autores ainda ressaltam as alterações nas formas de financiamento, modalidades de alocação de recursos, nas práticas assistenciais no plano local, e no processo de descentralização.

Enfim, compreendemos que a Atenção Primária a Saúde (APS) é vista como a porta de entrada do usuário no sistema e o aumento da cobertura pela implantação das Equipes de Saúde da Família (EqSF) fez chegar às comunidades medidas preventivas visando um controle de agravamento de doenças, diminuição das internações hospitalares por causas associadas, acompanhamento e reabilitação de pacientes crônicos. Além disso, possibilita uma organização mais eficaz da assistência ao garantir que os usuários tenham acesso a atendimentos de média e alta complexidade quando realmente tiverem necessidade, diminuindo o fluxo de encaminhamentos muitas vezes desnecessários (CASTRO *et al.*, 2020).

De fato, com a implantação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) propõe-se toda uma reformulação da assistência básica e espera-se que as tecnologias de maior complexidade, como exames de imagem, possam ser voltadas para os atendimentos de suas especialidades, o que pode acarretar na diminuição dos gastos por internações hospitalares e procedimentos desnecessários (VIANA e POZ, 2005).

De acordo com Starfield (2002), a APS deve focar não apenas nos determinantes individuais da saúde, mas também, nos aspectos social e físico do contexto que o indivíduo está inserido, vivendo e trabalhando. O que aumenta o desafio de um país como o Brasil, devido a sua grande diversidade socioeconômica e cultural. Assim, a efetiva implantação e ampliação de redes assistenciais com ênfase na APS pode garantir um melhor acesso e o uso regular dos serviços com maior equidade (BARROS *et al.*, 2016).

Apesar da APS diminuir as dificuldades de acesso dos usuários da saúde em nível local de uma forma descentralizada, ainda é possível identificar inúmeros impasses relacionados a investimentos, financiamentos, altas demandas, mão-de-obra qualificada e devidamente remunerada entre outros entraves.

Num estudo de avaliação de acessibilidade aos serviços básicos de saúde, Tesser, Norman, Vidal (2018) destacam o acolhimento como diretriz fundamental que resgata a relação empática entre profissionais e usuários e garantem uma melhora no acesso à assistência. Ainda

afirmam que para que haja um acolhimento adequado, é preciso que se estabeleça uma rede articulada e um espaço democrático que garanta uma reorganização dos serviços e profissionais capacitados que possibilitem uma escuta inicial de qualidade. E que muitas vezes esse funcionamento é dificultado pelas altas demandas e sua constante burocratização.

Contextualizar a APS nos faz repensar diferentes dimensões, desde sua implantação, às mudanças trazidas ao modelo assistencial hegemônico e a sua influência na melhora da qualidade de vida dos usuários e trabalhadores. Mas, no final do ano de 2019, essa discussão trouxe um novo rumo, e olhares se voltaram para uma pandemia que se iniciava e que traria grandes mudanças na dinâmica de funcionamento do sistema de saúde como um todo.

Em 29 de dezembro de 2019, surgiu na China, na cidade de Wuhan, província de Hebei, o primeiro caso diagnosticado de uma doença caracterizada por uma pneumonia grave, de alta transmissibilidade e letalidade que em pouco tempo afetaria todo cenário mundial. Assim, os países assistiram um grande avanço da enfermidade, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarar em 30 de janeiro de 2020 Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, e em março de 2020, decretar a pandemia (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020).

No Brasil, no intuito de tomar medidas administrativas que garantissem o combate à pandemia, foi declarada em 3 de fevereiro de 2020, por meio da portaria 188 do Ministério da Saúde (MS), Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020).

A partir daí, iniciou-se uma corrida para conter a disseminação do vírus em todos os territórios geográficos. Mas, rapidamente todas as nações vivenciaram o aumento descontrolado do número de casos e, conseqüentemente, visto a gravidade da doença, também houve um aumento no número de óbitos (MEDINA *et al.*, 2020). Um estudo de Ferrari (2020), realizado logo no início da pandemia, apontou que após quatro meses do surgimento do primeiro caso na China, já haviam sido diagnosticados 2.707.356 casos de COVID-19 no mundo, e 190.743 óbitos causados pela doença. Já no Brasil, em 3 de março de 2020, logo que foi decretada a pandemia haviam 488 casos suspeitos. Porém, em 23 de abril do mesmo ano já haviam sido confirmados 49.500 casos e 3.313 óbitos por COVID-19. O que nos mostra o avanço acelerado da doença. Assim, medidas sanitárias foram iniciadas orientadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), a nível nacional, que exigiram investimentos e mudanças de comportamento de toda população (MEDINA *et al.*, 2020). Em São Gonçalo dos Campos-BA, onde foi realizada a pesquisa, em sua última

atualização em 12 de abril de 2022, constavam 2.829 casos confirmados de COVID-19 e 24 óbitos (BRASIL, 2022b).

Diante do cenário pandêmico, todos os países voltaram inicialmente sua atenção para estruturação e reorganização do sistema de assistência hospitalar, visto que a pandemia aumentou a demanda de internações em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido à necessidade, em muitos casos, de suporte ventilatório. As equipes tiveram de adotar novos protocolos para manter o cuidado, garantindo sua proteção através do uso rigoroso de equipamentos de proteção individual (EPI's) e a proteção de toda comunidade (MEDINA *et al.*, 2020).

Dentre as medidas sanitárias adotadas, orientadas pelo MS, podem-se destacar a intensificação dos cuidados de higiene como lavagem das mãos, higienização dos alimentos, utilização de máscaras, que inicialmente eram destinadas apenas aos profissionais de saúde, mas que se estendeu a orientação para toda população, e principalmente o distanciamento social. Após ser definido o tipo de transmissão do vírus, através de gotículas por vias aéreas, foi estabelecido que o isolamento social era a medida mais adequada para interromper o seu ciclo de transmissão e conter a pandemia (AQUINO *et al.*, 2020).

Países como o Brasil, com grandes desigualdades sociais, econômicas e em meio a grande crise política, além das questões diretamente relacionadas à pandemia, tiveram que enfrentar problemas enraizados em seu contexto histórico que dificultaram a implementação das orientações de intensificação das medidas sanitárias e do isolamento social, como a falta de saneamento básico em muitas regiões, falta de pias em lugares públicos, falta de profissionais qualificados, grandes aglomerados de pessoas que vivem numa mesma residência, entre outros, dificultando a adesão às medidas propostas para o controle da doença (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020).

Vale destacar a importância do sistema público de saúde no enfrentamento da pandemia, não somente através da rede de atenção terciária, representada pelas Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais, responsáveis pelos cuidados mais complexos à saúde, mas, dentro desse contexto, cabe ressaltar também a importância da atuação das equipes da APS, com profissionais que encontravam-se em contato direto com a comunidade e que poderiam melhor orientar e acompanhar as mudanças de comportamento necessárias no enfrentamento da pandemia da COVID-19. As ESF e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ficaram responsáveis em manter a população bem informada, acompanhar os casos sintomáticos domiciliados, os contatos dos pacientes doentes e estabelecer uma rede de assistência com a

Vigilância Epidemiológica e a rede Hospitalar, garantindo a integralidade das ações (MEDINA *et al.*, 2020).

Além disso, as ESF tiveram sua atuação ampliada na assistência a população mais vulnerável, pacientes com comorbidades, acompanhamento das gestantes, atendimento de pessoas que viviam já em isolamento e tiveram a situação agravada pela pandemia. É importante ressaltar que a existência da Covid-19 não extinguiu as outras doenças que acometiam a população e que estratégias tiveram que ser criadas para que as atividades de rotina da APS fossem preservadas, garantindo o acesso e a continuidade do cuidado (MEDINA *et al.*, 2020).

Mais uma vez, a APS reafirmou sua importância no funcionamento do sistema de saúde ao fortalecer a rede de assistência através do acompanhamento dos pacientes com COVID-19, implantação de um novo fluxo que garantisse o isolamento social, utilização dos EPI's pelas equipes e usuários, aumento da testagem para coronavírus e o fortalecimento das atividades educativas para que informações adequadas e coerentes chegassem às comunidades e auxiliassem no controle da pandemia. Assim, diversas estratégias foram adotadas para permitir a continuidade dos serviços (SOEIRO *et al.*, 2020).

Dentre essas medidas adotadas para manter a continuidade do serviço da APS é possível destacar a adesão às teleconsultas. Assim, com a utilização de tecnologia de informação e comunicação como telefone e WhatsApp foi possível dar continuidade a assistência de uma forma mais segura, evitando aglomerados de pacientes nas unidades de saúde (MEDINA *et al.*, 2020). Os países que aderiram a essa conduta demonstram que a telemedicina é uma ferramenta eficaz para prestar a assistência aos pacientes diagnosticados com COVID-19, preservando a integridade do profissional. Além disso, possibilita que os outros pacientes portadores de outros problemas de saúde tenham seu acompanhamento garantido, sem o risco da exposição. Entretanto, para que funcione esse tipo de assistência, é preciso que as unidades sejam devidamente equipadas com computadores, telefonia, internet e profissionais capacitados (CABRAL *et al.*, 2020).

Os trabalhadores da APS, entendem a importância do trabalho na assistência e manutenção da saúde de uma determinada comunidade. Muito mais que cobrir os programas, trabalhar na atenção básica perpassa pela necessidade de estabelecer vínculos e compreender as vulnerabilidades dos seus usuários, garantindo-lhes o melhor atendimento possível. Assim, quando foi decretada a pandemia, esses trabalhadores depararam-se com um cenário de medo e dúvidas, pois, uma mudança de rotina se fez necessária no intuito de promover o isolamento social e diminuir a disseminação da doença. Muitos serviços foram suspensos, a demanda

precisou ser diminuída, os fluxos modificados e, com isso, a necessidade de uma reorganização da assistência era imperativa somada ao esforço de dar um novo significado a atuação profissional.

Para aqueles que trabalham no serviço público, acredita-se que o desafio foi ainda maior, visto que se lida constantemente com a falta de estrutura, falta de insumos e materiais, falta de medicações. Situação também agravada no período de pandemia.

Atuando como enfermeira há mais de dez anos, e atualmente na linha de frente de uma ESF num município no interior da Bahia, posso considerar esse período de pandemia como o mais desafiador e mais traumático da minha experiência profissional. Tive que administrar o medo de adoecer, de contaminar meus familiares e a incapacidade de executar as ações de cuidado como aprendi, devido à falta de conhecimento por se tratar de uma condição nova e a falta de estrutura que o próprio serviço público me expõe.

Fui desafiada a entender como essa nova doença surge e causa tantos problemas a nossa população, no intuito de diminuir ao máximo os danos causados. O contato físico, o toque, o abraço, as visitas domiciliares que antes eram instrumentos do meu trabalho, foram substituídos por distanciamento, por sorrisos através dos olhos expressados pelos rostos escondidos pelas máscaras. Compreender o papel fundamental que eu, como profissional de enfermagem, exerci nesse momento tão difícil de pandemia me motivou a estudar e realizar uma pesquisa que venha a contribuir para a mudança dessa realidade.

Diante desse cenário de tantos medos e incertezas no manejo de uma doença nova, com alta transmissibilidade e mortalidade que atingiu todas as nações e trouxe consequências devastadoras para humanidade, com aproximadamente 662.414 óbitos no Brasil até o momento e mais de 30.311.966 casos confirmados no território nacional (BRASIL, 2022a), justifica-se a realização de uma pesquisa que busque entender como se deu o acesso dos usuários às ações e serviços da APS durante a pandemia da COVID-19. Frente a uma realidade de tantas desigualdades socioeconômicas e culturais, em meio à uma saúde precária como é vivenciada no Brasil, com a possibilidade de trazer melhorias para realidade local, torna-se de grande relevância um trabalho que possa analisar quais estratégias foram e estão sendo adotadas para garantir o acesso e, conseqüentemente, promover a continuidade do cuidado à saúde na APS.

Assim, o presente trabalho tem como questão norteadora: Como ocorreu o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde da APS no município de São Gonçalo dos Campos-BA, durante a pandemia da COVID – 19?

Logo, para o andamento dessa pesquisa, foi realizado um levantamento da produção científica sobre o acesso dos usuários aos serviços da APS no período da pandemia. Para

realizar esse levantamento científico, foram utilizadas as referências bibliográficas publicadas pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da MEDLINE e LILACS, tendo como estratégia de busca o uso do operador booleano AND. Num primeiro momento, ao utilizar os descritores: Atenção Primária a Saúde; pandemia COVID-19; foram encontrados 25 artigos na LILACS, sendo que apenas 19 se aproximava do tema, porém nenhum deles tratava da questão do acesso aos usuários ao serviço da APS. Numa segunda pesquisa, utilizando os descritores: Atenção Primária a Saúde; Acesso; foram encontrados 10 artigos na MEDLINE e 110 na LILACS, porém nenhum deles se referia ao período da pandemia da COVID-19. Num terceiro momento utilizando os descritores Acesso; Atenção Primária a Saúde; COVID-19; foram encontrados apenas 11 artigos, presentes nas duas bases de dados utilizadas, sendo que todos eles trazem grupos específicos como saúde bucal, saúde mental, imigrantes, população negra, população indígena. Com isso foi possível perceber uma lacuna quando se trata do acesso dos usuários aos serviços da APS no período da pandemia da COVID-19 numa abordagem que englobe toda população que é atendida nesse nível de assistência.

É importante ressaltar que a pesquisa está vinculada a um projeto maior desenvolvido por pesquisadores do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) com o título “Estratégias e tecnologias para garantir acesso e resolubilidade da atenção primária à saúde no contexto da pandemia de COVID-19 na macrorregião de saúde centro-leste” de autoria da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Leite. Esta proposta é fomentada pelo Programa de Pesquisa do Sistema Único de Saúde (PPSUS) e institucionalizada na UEFS através da resolução CONSEPE-UEFS 113/2021 (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2021). Esse trabalho tem como objetivo principal avaliar estratégias e tecnologias utilizadas por municípios da Macrorregião Centro -Leste para proporcionar/viabilizar o acesso dos usuários e garantir a resolubilidade das ações e serviços oferecidos pela APS no contexto de distanciamento social. Ele será desenvolvido nos diferentes municípios pertencentes à essa macrorregião, na Bahia, podendo contribuir para ampliar a produção do conhecimento sobre os impactos\ influências da pandemia de COVID-19 aos serviços da APS.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde da APS no município de São Gonçalo dos Campos-BA, durante a pandemia da COVID – 19.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as estratégias adotadas para possibilitar o acesso dos usuários à APS no município de São Gonçalo dos Campos-BA;

- Identificar as ações desenvolvidas pelo município de São Gonçalo dos Campos-BA para inserir e capacitar os trabalhadores da APS com vistas à garantia do acesso dos usuários no período da pandemia da COVID-19;

- Descrever dificuldades, facilidades e desafios enfrentados para a (re)organização da APS visando manter o acesso do usuário às ações e aos serviços ofertados no período da pandemia da COVID-19;

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão desenvolvidos temas considerados relevantes para o desenvolvimento do trabalho, no intuito de garantir um arcabouço teórico para o alcance dos objetivos propostos. Assim, dentro desses temas, o referencial teórico se estruturou a partir de pontos estratégicos que permitam entender os diferentes conceitos de acesso e acessibilidade trazidos pela literatura e de que forma esses conceitos auxiliam na melhora da qualidade da assistência a partir constituição da APS no Brasil, e suas estratégias desenvolvidas para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Já no início do século XX, em alguns países como Estados Unidos e Inglaterra, surgiram conceitos que mais tarde delinearão o que se configurou como Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse período, as autoridades sanitárias da época trouxeram a ideia de distritos sanitários e centros de saúde, no intuito de aproximar os serviços de saúde da população. Os centros de saúde foram definidos como locais destinados a oferecer atendimento médico generalista no nível primário. E estes deveriam atender as necessidades locais de acordo com suas características e complexidades (ANDRADE *et al.*, 2013).

Em 1966, a Comissão Millis (Comissão de Cidadãos) nos Estados Unidos declarou a APS como serviço de primeiro contato que integra os aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde, responsabilizando-se pelo paciente independente de presença ou ausência de doença (ANDRADE *et al.*, 2013).

Então, em setembro de 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), ocorre em Alma-Atá, cidade do Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, onde foi reafirmada em sua declaração a APS como assistência sanitária acessível a todos com enfoque não apenas no indivíduo mas na família e na comunidade, com plena participação social, com ações preventivas, curativas e de promoção à saúde (ANDRADE *et al.*, 2013).

Assim, de acordo com Giovanella (2018, p. 2) “a concepção de atenção primária à saúde em Alma-Ata contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social; e participação social”.

No Brasil, não diferente de outros países, foi possível acompanhar as mudanças ocorridas no sistema de saúde a partir da Constituição brasileira de 1988, que definiu o caráter de universalidade das ações de saúde, reafirmando o conceito de porta de entrada e implementação de ações preventivas e curativas. Logo, novas características foram inseridas no Sistema de Saúde que tomava uma nova configuração para atender as necessidades da população, e colocava os gestores como responsáveis pelas medidas implementadas. Dentre essas características é possível destacar a criação de um sistema nacional de saúde, sua descentralização e a participação social como estratégia fundamental para o alcance da melhoria das condições de vida (VIANA e POZ, 2005).

A implementação do SUS se deu em 1990 com a edição da Lei 8.080 complementada pela Lei 8.142 que definiram os princípios e diretrizes do sistema contidos na Constituição e delimitaram seu funcionamento e sua organização. Assim, desde o ano de 1991, através de Portarias do Ministério da Saúde, que editaram sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), acordos são firmados entre os gestores municipais, estaduais e federais, na negociação tripartite, o que foi configurando o desenho do Sistema de Saúde vigente hoje (ANDRADE *et al.*, 2013).

De acordo com Marques e Mendes (2002), a institucionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) se concretizou com a aprovação da portaria do MS (1996), a NOB 96. Considerando o objetivo principal de implementar o processo de descentralização/municipalização da saúde “essa Norma enfatiza a implantação do PSF, explicando ser ele parte de um conjunto de medidas e iniciativas que visam o fortalecimento da Atenção Básica, segundo os princípios e diretrizes do SUS” (MARQUES e MENDES, 2002, p. 166).

Dentro desse contexto de mudanças na configuração do SUS, a APS foi se fortalecendo e se configurando como uma alternativa de organização dos serviços de saúde como porta de entrada e acesso da população. Diante disto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991 e o Programa de Saúde da Família em 1994, podem ser considerados ferramentas de mudanças importantes nas práticas assistenciais a níveis locais, além de trazerem alterações também nas formas de remuneração das ações de saúde (VIANA e POZ, 2005).

O Programa de Agentes Comunitários (PACS) pode ser considerado antecessor ao PSF e constituiu o elo de ligação entre o serviço e os usuários melhorando assim o acesso, e dando uma maior atenção às medidas preventivas através das atividades de educação em saúde, além de “enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo”

(VIANA e POZ, 2005, p. 230). Já o PSF, que mais tarde foi chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido sua abordagem mais ampla de assistência, se construiu através da mudança do modelo médico hegemônico, vigente até então, onde a assistência era voltada apenas para os pacientes quando doentes. As Equipes de Saúde da Família (Eq.SF), são equipes multiprofissionais, que trabalham com foco na comunidade, considerando suas características sanitárias e epidemiológicas, desenvolvendo atividades que visem medidas preventivas, não apenas curativas, melhorando assim as condições de saúde de uma população (SCOREL *et al.*, 2007).

É possível afirmar, diante do exposto, que a ideia de Atenção Primária à Saúde (APS) levantada pela conferência de Alma-Atá, influenciou a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. Porém, a implantação do PSF pode ser considerada um marco na configuração da APS dentro do cenário brasileiro. Assim, essa estratégia passou a ser vista pelo Ministério da Saúde (MS) como ferramenta de reorientação do modelo assistencial, dando uma nova dinâmica às ações de saúde. Logo, o que de início seria um programa para atender as comunidades mais carentes e mais vulneráveis, com experiências a níveis locais, passou a ser uma estratégia implantada em todo país possibilitando imprimir as diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Melhorando assim o acesso dos usuários aos serviços e possibilitando a participação social como ferramenta de controle e organização das ofertas de serviços (SCOREL *et al.*, 2007).

O modelo de atenção voltado para o PSF baseia-se numa Equipe de Saúde da Família (Eq.SF) multiprofissional, composta por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, que servem como primeiro contato dos usuários, com foco nas medidas preventivas e numa assistência voltada para a família, não mais centrada no indivíduo, numa perspectiva de área de abrangência e que ligue a população a uma rede de assistência para níveis de complexidade maiores quando necessário (SCOREL *et al.*, 2007).

Assim, em 2011, foi assinada a PNAB, Política Nacional de Atenção Básica, que trazia as características, funções e atividades desenvolvidas pela APS. “Buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 13).

Em 2016, foi aprovada uma emenda constitucional que congelava os gastos federais destinados a saúde em 20 anos, o que trouxe episódios dramáticos para o financiamento do SUS (MASSUDA, 2020). Já em 2017, o texto da PNAB de 2011 foi revisado e pode-se perceber um retrocesso nas medidas adotadas naquele momento, o que poderia causar uma degradação das

conquistas alcançadas até então pelo sistema de saúde. As principais organizações como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), defensoras do SUS, traçaram críticas em relação ao novo texto referente a PNAB 2017 no que tange o corte de recursos destinados a ESF o que poderia acarretar um prejuízo a Atenção Básica (AB) que tinha a ESF como principal estratégia para garantir uma saúde integral a população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Mesmo sendo reconhecido os grandes avanços trazidos pela APS no que se refere às diretrizes do SUS e sua implantação, diante de um país com grandes diversidades regionais, é natural que surjam várias dificuldades principalmente no que diz respeito ao financiamento, sempre tão limitado para atender as necessidades de saúde da população. Assim, o financiamento da saúde é destinado à Média Complexidade, Alta Complexidade e Atenção Básica. Esta última era financiada pelo Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável (MARQUES e MENDES, 2002).

O PAB variável dizia respeito ao pagamento referente ao desenvolvimento de diferentes programas, como uma “premiação”. Então, encontram-se aí as atividades do PSF. Com uma tentativa de descentralização e maior responsabilização dos municípios quanto aos recursos da saúde, o PAB variável acabou sendo um meio de aumentar a receita destinada às atividades da atenção básica, porém esses programas são generalistas e nem sempre refletem as necessidades da comunidade local (MARQUES e MENDES, 2002).

Além disso, com o maior recurso destinado à Atenção Básica, isso limitou o financiamento voltado para níveis de complexidades maiores, o que afeta diretamente o acesso do usuário aos serviços de alta e média complexidade, dificultando também a assistência quando os problemas e complicações de saúde já estão presentes. Assim, apesar do aspecto positivo do PSF ser sua capacidade de promover saúde e prevenir doenças, ele não tem garantido a universalização da cobertura (MARQUES e MENDES, 2002).

Em 2019, uma nova alteração na forma de financiamento da APS, trouxe uma grande discussão para a área da saúde. O que antes era pago, através do PAB fixo e PAB variável baseados no desenvolvimento dos programas, passou a utilizar novos critérios para estabelecer esse financiamento. Com o surgimento do programa “Previne Brasil”, instituiu-se o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores definidos pelo Ministério da Saúde, número de pessoas registradas em Equipes de Saúde da Família (Eq.SF) e Atenção Primária a Saúde (APS) cadastradas no sistema, e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde (MASSUDA, 2020).

Apesar dessas críticas, é importante ressaltar que, devido à presença, no Brasil, de municípios tão heterogêneos quanto suas capacidades administrativas, o PSF pode atuar de diversas formas na tentativa de respeitar as características locais de cada região e garantir uma assistência mais adequada possível (MARQUES e MENDES, 2002).

Ainda que sejam apontadas algumas críticas ao PSF e a formulação da Atenção Básica, é possível destacar pontos positivos evidenciados em países que adotaram sistemas de saúde baseados na APS. Entre eles está a melhora de indicadores de saúde, melhor desempenho na prevenção de doenças, diminuição dos gastos por internações por vários problemas, entre outros (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Outro importante aspecto adotado pelo sistema de saúde após as mudanças inseridas pela Constituição de 1988, diz respeito a institucionalização da participação social que de acordo com Costa e Vieira (2013, p. 237) “se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde, tendo como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade”. Assim, através do controle social, os atores passam a ter papel importante nas decisões do que se configura como interesses coletivos em busca de melhores condições de saúde e a garantia dos seus direitos.

Contudo, um dos pontos mais discutidos quando se fala em APS, refere-se à sua capacidade de melhoria do acesso do usuário aos serviços de saúde. Ponto este que será apresentado no próximo capítulo, pois merece uma maior atenção como conteúdo estratégico para o desenvolvimento da pesquisa.

Diante do que foi exposto, é possível afirmar que a APS pode ser considerada uma forma de organização do sistema de saúde que venha a garantir uma assistência de forma integral, universal e igualitária para toda comunidade. Se colocando como porta de entrada do serviço, é fácil entender que, para que esses objetivos sejam alcançados, a condição primordial são os investimentos em saúde e a alocação adequada desses recursos, garantindo a assistência nos diferentes níveis de complexidade.

### 3.2 ACESSO E ACESSIBILIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE

O termo acesso e acessibilidade aparecem em muitos estudos referentes ao funcionamento dos sistemas de saúde vigente em diversos países. Porém, esses termos são complexos e são empregados de diferentes formas por diversos autores, muitas vezes como sinônimos e outras vezes com significados distintos, porém de forma complementar, e até

mesmo de forma imprecisa quando relacionados aos serviços de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Segundo Starfiel (2002, p. 225), acesso é definido como “o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde, não sendo importante na ausência de efetividade”. Já acessibilidade está relacionada ao “aspecto estrutural, possibilitando que as pessoas cheguem ao serviço, importante para se atingir atenção ao primeiro contato” (STARFIELD, 2002, p.225). Ainda para esta autora, a ideia de um ponto que seja utilizado como porta de entrada e que permita um acesso adequado, é condição basilar para garantir uma melhor assistência dentro dos níveis de complexidade que atenda às necessidades do usuário (STARFIELD, 2002).

De acordo com Albuquerque e colaboradores (2014), para Starfield (2002), acesso e acessibilidade possuem significados distintos, onde acessibilidade é vista como a característica da oferta e o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Ou seja, não basta investigar como a oferta do serviço se organiza para atender as necessidades da comunidade. Logo, não basta apenas investigar a acessibilidade. É preciso também entender de que forma esta organização impacta as condições de saúde a partir do olhar dos agentes envolvidos, principalmente daqueles que fazem uso do sistema de saúde, voltando a atenção para o acesso ao serviço.

Ainda segundo Starfiel (2002) o acesso se refere a forma como a pessoa experiencia as características do serviço de saúde. Além disso é importante frisar que a acessibilidade está relacionada à todos os níveis de complexidade da rede de assistência visto que a cada necessidade os usuários precisam se deslocar dentro dos serviços e até os serviços para ter seus atendimentos garantidos.

Já para Penchansky e Thomas (1981, apud ALBUQUERQUE, 2014) acesso diz respeito a relação estabelecida entre os clientes e o sistema de saúde, levando em consideração diferentes atributos como: a oferta de serviços em relação as necessidades dos usuários; a acessibilidade como a melhor organização geográfica para atender as demandas dos pacientes; o acolhimento como a forma com a qual os serviços recebem os usuários; o financiamento e a capacidade das pessoas pagarem pelos atendimentos; aceitabilidade, que se refere a reação dos usuários aos profissionais dos serviços de saúde.

Em contrapartida, Donabedian (2003, apud ALBUQUERQUE, 2014) traz acesso e acessibilidade com significados semelhantes, onde ambos estão relacionados a capacidade de alcance aos serviços de saúde, quando necessário, de forma eficaz, conveniente e facilitada. Além disso, em suas definições, esse autor estabelece duas dimensões para descrever o acesso

a ações e serviços de saúde: a dimensão geográfica relacionada a logística utilizada para que o usuário chegue ao serviço, incluindo distância e custo no deslocamento entre outros fatores; e a dimensão sócio-organizacional que está relacionada a todas as características da oferta como a adequação profissional e as tecnologias utilizadas na prestação da assistência.

Cunha e Vieira-da-Silva (2010), também trazendo o conceito trabalhado por Donabedian (1988), consideram acessibilidade aos serviços de saúde a facilidade de utilização dos mesmos pelos usuários, independente das barreiras relacionadas às características estruturais e organizacionais dos serviços.

Para Assis e Jesus (2012), acesso diz respeito ao grau de ajuste entre a comunidade e os serviços de saúde que lhes são disponibilizados, com a garantia de autonomia na utilização desses serviços. Além disso, esses autores trazem em seus trabalhos três dimensões de acesso: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. “Disponibilidade, ou os fatores de um serviço ao alcance do usuário. A acessibilidade, custos diretos e indiretos em relação à capacidade de pagamento do usuário; e, a aceitabilidade que abrange o subjetivo, o social e o cultural” (ASSIS e JESUS; 2012).

Giovanella e Fleury (1995, apud ASSIS e JESUS; 2012) descrevem quatro dimensões explicativas em seus estudos que analisam as condições de acessibilidade: a dimensão econômica que se refere à relação entre a demanda e oferta; dimensão técnica que está relacionada à organização da rede de assistência e sua planificação; dimensão política relativo a organização popular; e a dimensão simbólica que diz respeito as representações sociais. Além disso, esses autores trazem a disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade como dimensões específicas para avaliação de acesso.

Como pode ser observado nos diferentes conceitos apresentados, trazidos pelos autores que discutem o acesso e acessibilidades no cenário da saúde, o seu estudo possibilita avaliar as condições em que os diferentes serviços se organizam para atender as necessidades de saúde da população. A partir daí, estabelecer critérios que possibilitem a construção de políticas públicas voltadas para garantir uma assistência de qualidade, de forma integral, rápida e descomplicada para comunidade (ASSIS e JESUS; 2012).

É importante ressaltar que avaliar o acesso aos serviços de saúde vai muito além de estabelecer conceitos que descrevam de que forma o usuário entra no serviço. Requer um olhar mais amplo de forma multidimensional que envolve avaliar os aspectos geográficos, culturais, econômicos, sociais, além da forma como as relações entre os agentes envolvidos são estabelecidas dentro do sistema (ASSIS e JESUS; 2012).

A implantação do conceito de porta de entrada a partir da organização da Atenção Primária a Saúde, em diversos países que adotaram esse modelo de assistência, garantiram diminuição da morbidade e mortalidade a partir da melhoria do acesso dos usuários aos serviços e ações de saúde. Com essa implantação, houve uma ampliação da assistência, onde os usuários passaram a ser acompanhados de forma integral a partir das suas necessidades de saúde, um maior controle financeiro visto que gerou uma redução da assistência especializada desnecessária que se torna mais dispendiosa, uma melhor acessibilidade relacionada a uma “maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e continuidade com o médico da atenção primária” (STARFIELD, 2002).

Num país como o Brasil esse contexto pode se tornar mais complexo, visto que trata-se de uma extensa área territorial com condições econômicas e socioculturais diversas espalhadas pelo seu território. Porém, é importante reconhecer os avanços conquistados após a implantação do SUS, principalmente a partir da organização da Atenção Primária a Saúde que possibilitou um acesso inicial para os usuários do serviço (ASSIS e JESUS; 2012).

No entanto, apesar de reconhecer os avanços após a implantação do SUS, Assis e Jesus (2012), reconhecem também as dificuldades causadas pelo desequilíbrio entre os serviços ofertados e a demanda existente nas redes de atenção. A ampliação da APS contribuiu para uma melhor distribuição geográfica dos serviços porém, ainda é possível observar a manutenção do modelo de assistência a doença em suas demandas espontâneas pela incapacidade de manter uma assistência de forma integral, e de uma rede organizada de referência e contrareferência.

Apesar das diferentes abordagens dadas pelos autores a respeito do conceito de acesso e acessibilidade no contexto da saúde, muitas vezes coincidentes, divergentes ou complementares, existe um ponto em comum que trata-se da preocupação em garantir uma assistência de qualidade de forma universal, equânime que atenda às necessidades da população. Assistência essa que precisou ser repensada para que o sistema de saúde não se configure apenas para garantir o acesso dos usuários aos serviços em situações rotineiras, mas que esteja preparado para garantir esse mesmo acesso em situações sanitárias inesperadas a partir de planos de contingência para enfrentamento de crise, como foi o caso da pandemia da COVID-19.

### 3.3 APS E A PANDEMIA DA COVID-19

Em novembro de 2019, um vírus letal, de alta transmissibilidade surge na China, mais precisamente na província de Wuhan, e desperta um sinal de alerta entre a comunidade

científica. Tendo ele se espalhado rapidamente por todos os continentes, em 30 de janeiro de 2020, foi decretado estado de emergência e em 11 de março desse mesmo ano foi declarada a pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O vírus conhecido como SARS-COVI-2, causador da doença denominada pela OMS como COVID-19, tinha como principal característica atacar o sistema respiratório das pessoas acometidas e levar a uma pneumonia grave, evoluindo muito rapidamente, chegando a óbito em muitos dos casos (RIBEIRO *et al.*, 2021). Já o primeiro caso dessa Síndrome Respiratória, no território brasileiro, foi diagnosticado em fevereiro de 2020, inicialmente nas maiores cidades e em seguida se espalhando de forma exponencial por todas as regiões do país (PONTES *et al.*, 2022).

Uma das grandes peculiaridades, o que pode ser considerado um dos maiores desafios para as equipes de saúde, é a forma como a COVID-19 se manifesta em diferentes pacientes. Dentre os seus principais sintomas estão, febre, congestão nasal, tosse, perda de olfato e do paladar, dispneia, cefaleia, diarreia entre vários outros que se apresentam de forma inespecífica nos contaminados. Muitas vezes, a doença pode ser confundida com outras patologias e até mesmo a pessoa acometida apresentar-se assintomática, porém manter a capacidade de contágio de outros indivíduos (PONTES *et al.*, 2022).

A pandemia da COVID-19 fez com que o mundo parasse e voltasse seus esforços no combate a uma doença até então desconhecida que estava assolando toda população mundial. Em um cenário ainda sem vacina para combater o novo vírus, houve uma preocupação em desenvolver estratégias que controlassem a disseminação da doença, e diminuíssem os danos causados pela mesma (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020).

Como era sabido, a transmissão do SARS-COVI-2 é dada por meio da autoinoculação do vírus em mucosas como boca, nariz e olhos, sendo transmitida de pessoa para pessoa, e através de superfícies contaminadas. Assim, medidas de higiene como lavagem das mãos, uso de álcool gel, uso de máscaras, entre outras, tiveram que ser reforçadas (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020).

Entre outras estratégias de controle e prevenção, é possível destacar a orientação dada pela OMS de isolamento social, distanciamento e em muitos casos lockdown, ou seja, o confinamento total. Segundo Oliveira, Lucas, Iquiapaza (2020), estudos demonstraram que a diminuição da circulação de pessoas e do contato entre elas, associado às medidas de higiene já citadas, pode ser de grande importância para interromper o ciclo de contágio do vírus. Além disso, diminui o risco de pacientes assintomáticos estarem circulando e contaminando outras pessoas. Ainda de acordo com esses autores, esse processo de isolamento deve ser feito de

forma gradual e respeitando as características culturais, sociais, econômicas e políticas de cada país e de cada região.

O Brasil, como os outros países mundiais, se viu diante de uma grande crise sanitária no desenrolar desse processo. Um país marcado por grandes desigualdades sociais, com um sistema de saúde precário, de grande extensão territorial, onde é possível identificar diferenças naturais, culturais e principalmente econômicas em todas as suas regiões, viu o colapso do seu sistema de saúde e o número de óbitos crescerem diariamente de uma forma descontrolada. As regiões brasileiras como a região norte, que possui os menores índices de desenvolvimento humano, condições de saúde mais deficientes, com menos estruturas e recursos, demonstraram grandes dificuldades no período de enfrentamento da pandemia (RIBEIRO *et al.*, 2021).

Diante de tantas dificuldades, principalmente devido ao longo período de incubação do SARS-COVI-2, se comparado a outros vírus, e ao fato de pessoas assintomáticas possuírem a mesma carga viral daquelas que apresentam sintomas, podendo contaminar com mesma rapidez outros indivíduos, uma estratégia que tornaria o isolamento mais eficaz seria os testes diagnósticos, sendo realizado em massa em muitos países afetados pela doença, no intuito de identificar as pessoas contaminadas e isolar os casos para que o ciclo de transmissão seja interrompido. Porém, nem todos os países aderiram à testagem em larga escala. Um exemplo disso foi o Brasil, que acabou perdendo o controle dos casos da doença e assistindo uma proliferação rápida e desesperadora da mesma, com consequente aumento exponencial do número de óbitos e internações diariamente (AQUINO *et al.*, 2020).

Desde o início, os gestores e profissionais de saúde precisaram inserir novas rotinas em seus ambientes de trabalho no intuito de diminuir os riscos de contágio das equipes, das comunidades e garantir a adequada assistência para todos inseridos no sistema. Entre essas rotinas é possível destacar a obrigatoriedade do uso completo dos equipamentos de proteção individual, como máscaras, luvas e aventais para contato com os pacientes. Os profissionais precisaram ser capacitados, já que estavam lidando com uma doença até então desconhecida. Houve também nos serviços de saúde uma reorganização dos fluxos de atendimentos, com devido encaminhamento dos pacientes sintomáticos, uma rede de comunicação para garantir a assistência dos pacientes domiciliados, e permitir que informações adequadas chegassem a comunidade, garantindo o acesso a orientações eficazes. Além disso, um trabalho conjunto entre os três níveis de assistência, baixa, média e alta complexidade, e uma priorização aos serviços de extrema necessidade (SOEIRO *et al.*, 2020).

Uma das ferramentas de grande importância que foi inserida na rotina dos profissionais de saúde foi a telemedicina e as ferramentas de mediação por teleconferência, tanto no nível

público quanto privado, pois permitiu a continuidade da assistência através de vários canais de comunicação diminuindo o deslocamentos dos pacientes até as unidades de saúde e o contato presencial entre as pessoas envolvidas (SOEIRO *et al.*, 2020).

Dessa forma, ao se falar em reorganização de fluxo e da telemedicina no período da pandemia é necessário destacar os portadores de doenças crônicas que tiveram suas rotinas readaptadas, onde medidas de prevenção e cuidados tiveram que ser rigorosamente intensificados no intuito de que o vírus não chegasse a essa população mais vulnerável, diminuindo assim sua morbimortalidade (MEDEIROS *et al.*, 2021). Por outro lado, apesar da tentativa de proteger essa população, muitos serviços acabaram sendo suspensos, o que pode ter acarretado no prejuízo e implicações para continuidade dos tratamentos. Os pacientes crônicos muitas vezes possuem alterações de uma consulta para outra e requerem orientações constantes que ajudem seus cuidadores a realizarem as condutas mais adequadas, o que veio como um desafio para as equipes de saúde nesse período, visto que esse contato acabou sendo diminuído (MEDEIROS *et al.*, 2021).

Após quase um ano de luta contra a COVID-19, com a parceria do Instituto Butantan e da Fiocruz com laboratórios internacionais, em janeiro de 2021, foi possível assistir ao início da vacinação no Brasil. Com o empenho da ciência e os investimentos destinados à sua fabricação, a vacina veio como uma chance real de pôr freio na disseminação da doença. Assim, com número de doses reduzidas, iniciou-se um novo desafio para que a vacina chegasse a população que era considerada mais vulnerável de forma rápida e eficaz na tentativa de diminuir os danos causados pela doença (SOUZA *et al.*, 2021). Porém, mesmo após esse longo período vivido em meio a tantas perdas, o movimento antivacina se mantém vivo e continua interferindo no andamento da imunização da comunidade.

Esse movimento antivacina é uma prática antiga, existindo desde o estabelecimento de leis pró-vacinação pelo governo inglês entre os anos de 1940-1953. E mesmo com a erradicação de tantas doenças ao longo dos anos através do programa de imunização, ainda persiste o pensamento de desconfiança e insegurança que envolve o contexto das vacinas (JUNIOR, 2019).

Nos países que possuem a APS como principal estrutura organizadora dos seus sistemas, foi preciso criar estratégias para que esse nível de assistência continuasse a exercer seu papel de porta de entrada do usuário e garantisse um acesso adequado à saúde principalmente em tempos de pandemia. Houve uma ação articulada entre os diversos setores da saúde no intuito de diminuir o impacto causado pela COVID-19 e dar continuidade a assistência dos pacientes acometidos e os não acometidos pela doença (BRASIL, 2021a).

Uma das articulações de grande importância para o controle da pandemia e para gestão de surtos é o serviço conjunto entre a Vigilância em Saúde e a APS. O serviço da APS como porta de entrada do usuário no sistema possibilita uma detecção precoce dos casos, proporcionando um maior controle, acompanhamento e contenção da doença. Assim, a Vigilância em Saúde com seu papel de coleta, análise e interpretação dos dados, garantindo um melhor planejamento, intervenção e controle de danos à saúde teve papel ainda mais relevante nesse período da COVID-19. Logo, esse vínculo entre esses dois setores serviu como estratégia que possibilitou um apoio técnico e operacional favorecendo uma melhor tomada de decisões, melhor utilização dos recursos necessários para implementar e desenvolver um processo eficaz de contenção da transmissão COVID-19 (PRADO *et al.*, 2021).

Em se tratando de como caminhou a atuação da APS nesse período de pandemia, o Ministério da Saúde divulgou uma série de orientações que deveriam ser implantadas pelas gestões, e seguidas pelas equipes da APS para manter a assistência da população como um todo e dos pacientes contaminados pela COVID-19. Dentre essas atividades podemos citar a garantia a manutenção das atividades preventivas e curativas essenciais, como vacinação; responsabilizar-se pelo acompanhamento da população; estabelecer fluxos que garantam a assistência e diminuam os riscos de contaminação pelo coronavírus, realizar capacitações dos profissionais e garantir o acesso a equipamentos de proteção individual para comunidade e funcionários entre tantas outras medidas que deveriam ser adequadas a realidade de cada município, priorizando os determinantes sociais que colocariam a população em risco na tentativa de diminuir os danos causados à saúde (BRASIL, 2021b).

Porém, apesar da tentativa de manter o funcionamento das ESF, um dos serviços mais prejudicados foi o do atendimento odontológico, que em sua grande maioria tiveram que ser suspensos, pelo menos no primeiro momento. Eles foram drasticamente afetados durante a pandemia, devido principalmente às vias de transmissão da COVID-19, como vias aéreas, mucosas, superfícies contaminadas. Logo, dentro dessa área, as medidas tomadas por alguns países, como Brasil, Chile e Argentina foi a suspensão de atendimentos eletivos, deixando apenas os atendimentos de urgência em funcionamento. Além das exigências criteriosas dos usos de EPI's e da rotina de higienização dos consultórios. Porém, tendo a manutenção da saúde bucal como medida de extrema importância para garantir a saúde geral e qualidade de vida das pessoas, é possível prever consequências acarretadas pela diminuição ao acesso desses serviços, como agravamento de algumas condições de saúde (NOBREGA *et al.*, 2021).

Mas, nem só de experiências negativas se configurou a APS no enfrentamento da pandemia. E, apesar de todas as dificuldades que se apresentam no serviço público, alguns

municípios tiveram experiências exitosas na reorganização do sistema para controlar a pandemia. Um exemplo a ser retratado é a experiência do município de Arapiraca em Alagoas que desenvolveu seu plano de ação através da capacitação dos profissionais para o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), realização de testes rápidos, telemonitoramento dos atendimentos na unidade o que possibilitou divulgação de boletins diários para acompanhar a evolução dos casos nos municípios. Foram alocados profissionais do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), odontólogos e agentes comunitários para o acolhimento dos pacientes, além do monitoramento dos casos suspeitos e confirmados. Dessa forma, com o trabalho multiprofissional, conseguiram fortalecer uma rede de assistência, mantendo a APS como porta de entrada e garantindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2021b).

No município de Anísio Abreu no Estado do Piauí, um trabalho em equipe foi desenvolvido de forma intensa e os profissionais da APS utilizaram a educação em saúde para orientar e levar informação à comunidade fortalecendo os vínculos e a confiança no serviço. Assim, foram realizadas buscas ativas e testagens de casos suspeitos, e os agentes de endemias e agentes comunitários de saúde, acompanhados por outros profissionais das equipes, mantiveram o monitoramento desses pacientes. Utilizando o lema de que a saúde é um compromisso de todos, conseguiram acompanhar as comunidades visualizando os determinantes sociais que poderiam agravar as condições de saúde da população (BRASIL, 2021b).

Apesar das dificuldades enfrentadas e da necessidade da suspensão de alguns serviços por conta da orientação de isolamento, a introdução das consultas de telemedicina e da utilização de recursos tecnológicos para garantir o acesso à assistência em muitos municípios no país, veio como uma importante ferramenta inserida na rotina dos profissionais de saúde. A telemedicina, antes da pandemia, era regulamentada em território nacional apenas para teleconsultoria, onde existiam dois profissionais médicos em ambos os lados da linha, não sendo utilizada para manter contato com os pacientes. Porém, com a necessidade de diminuir o contato e o fluxo de pessoas para as unidades, ela passou a ser incorporada a rotina de alguns serviços, podendo assim garantir as orientações e o acompanhamento dos pacientes, salvo em situações em que estes precisavam de consultas presenciais (AMARAL e JUNIOR, 2020).

No entanto, assim como todos os serviços novos, a telemedicina também se deparou com algumas barreiras que acabaram dificultando a sua inserção na rotina assistencial da APS. Essas dificuldades surgiram principalmente nos lugares de cobertura de populações mais carentes, devido a não condição de acesso a algumas tecnologias, falta de aparelhos, falta de

internet e até mesmo dificuldade no manuseio desses instrumentos, principalmente nas populações mais idosas (AMARAL e JUNIOR, 2020).

No Brasil, alguns municípios adotaram o uso de tecnologias de comunicação neste período de pandemia, nos serviços da APS e conseguiram desenvolver um acompanhamento mais eficaz dos pacientes. Em Canaã dos Carajás, no Pará, foi criado o Disk coronavírus, uma central de notificações e informações para os usuários que funcionou a partir de uma realocação dos profissionais da rede de assistência à saúde do município. Assim, as equipes conseguiam acompanhar de forma remota a evolução dos casos leves de COVID-19 e até mesmo orientar como procurar os serviços de urgência e emergência nos casos mais graves da doença (BRASIL, 2021b). Já em Lucas do Rio Verde, em Mato Grosso, as equipes da APS utilizaram o teleatendimento como recurso para manter a assistência dos pacientes pertencentes ao grupo de risco e os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 (BRASIL, 2021b).

Assim, ao se falar em pandemia, outro grande desafio enfrentado pelas equipes de saúde em todo território nacional foi o processo de vacinação. Inicialmente ocorreu uma corrida para desenvolver uma vacina que protegesse a população desse vírus tão letal. Assim, as indústrias de todo o mundo voltaram suas atenções e tecnologias para o desenvolvimento de um imunobiológico eficaz, no menor tempo possível. Foram desenvolvidas várias vacinas, e após sua aquisição pelo Brasil, os profissionais e gestores se viram diante da necessidade de estabelecer a melhor estratégia possível para garantir que as vacinas chegassem para toda população (DOMINGUES, 2021).

A pandemia deixou exposta o que há de mais frágil no Brasil, a saúde. As vulnerabilidades populacionais ocasionadas pelas precárias condições de vida, de moradia, de saneamento, de acesso aos serviços de saúde fizeram com que a população sofresse o peso de uma doença desconhecida com grande capacidade de disseminação e complicação. Logo, através de diferentes estratégias, os profissionais de saúde tentaram diminuir os danos causados levando assistência e cuidado a todas as comunidades no país e no mundo.

Por fim, contextualizar a pandemia da COVID-19 requer abordar diferentes contextos e desafios diários vivenciados pelos profissionais de saúde e pela população como um todo. Espera-se de todos aqueles envolvidos no processo a busca por um melhor entendimento do curso da pandemia, de como lidar com a doença e que toda essa experiência tão difícil seja transformada em capacidade de melhorar os serviços e entender as deficiências que ficaram escancaradas na saúde do país, objetivando sempre melhores condições de vida para toda população.

## 4. METODOLOGIA

No presente capítulo, será abordada a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa e o roteiro estabelecido para o alcance dos objetivos propostos. De acordo com Richardson (1999), o método é o caminho percorrido pelo pesquisador para se alcançar um propósito e chegar à resposta do problema levantado, delineando as características de uma pesquisa científica.

Nessa perspectiva e buscando o melhor entendimento do desenvolvimento do trabalho, a metodologia do estudo é apresentada a partir da descrição do tipo de estudo, local de estudo, participantes, técnicas e instrumentos de coleta de dados, análise de dados e aspectos éticos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2002, p. 21), “possibilita responder questões muito particulares, se preocupando com o nível de realidade que não pode ser quantificado”, ou seja, esse tipo de estudo “trabalha com o universo de significados, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2002, p. 22).

De fato, a abordagem qualitativa realiza a aproximação importante entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza (MINAYO e SANCHES, 1993). Logo, a pesquisa qualitativa valoriza as ações humanas e seus significados, dando as suas etapas de investigação e análise, valores críticos inseridos no contexto social.

Assim, a abordagem qualitativa, no contexto do que se propôs a pesquisa, quando se analisou o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde da APS no período da pandemia da COVID-19, possibilitou entender os significados dados pelos agentes envolvidos ao fenômeno em questão e de que forma essas vivências afetaram os indivíduos e influenciaram a organização das suas vidas seja no enfoque coletivo e/ou individual.

Ainda dentro da perspectiva de uma pesquisa qualitativa, foi também utilizada a técnica de estudo de caso que, de acordo com André (2013), volta sua atenção para o contexto e as múltiplas dimensões que um determinado fenômeno se apresenta, evitando assim interpretações unilaterais ou superficiais. Já de acordo com Martins (2008, p.11), estudo de caso consiste numa “estratégia metodológica aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente”. Ainda para Martins (2008, p.11), com o estudo de caso

“busca-se apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um mergulho em um objeto limitado”. Desse modo, foi desenvolvido um estudo de caso no município de São Gonçalo dos Campos - BA. No qual o caso foi a APS do referido município e o foco de análise foi o acesso dos usuários à APS no período da pandemia de COVID-19 e as diferentes dimensões as quais ele se configurou. Nesta perspectiva, foi proposto na pesquisa descrever como se articularam as estratégias adotadas pelo município para garantir o acesso dos usuários aos serviços. Tornando assim, conveniente, a utilização dessa estratégia metodológica para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa aqui apresentada.

É importante destacar uma das principais características da pesquisa qualitativa, o ambiente natural como local de pesquisa. Ou seja, aquele ambiente cujo os agentes estão inseridos naturalmente, observados em sua vida cotidiana, sendo feito o estudo no local de origem dos dados (NEVES, 1996). Logo, o trabalho trouxe como principais fontes de dados aqueles trabalhadores de saúde que tiveram suas vidas afetadas pelo processo da pandemia, dentro dessa dinâmica de organização da assistência na APS.

#### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no município de São Gonçalo dos Campos –Bahia. O mesmo possui uma área territorial de 294,768 km<sup>2</sup>, com uma população estimada em 38.315 habitantes e densidade demográfica de 110,67 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2022). Distante a aproximadamente 115 km da capital baiana, e chamada carinhosamente como “Cidade Jardim”, por suas inúmeras árvores, São Gonçalo dos Campos faz parte da Macrorregião Centro-Leste, a qual é formada por 72 municípios (BRASIL, 2014).

A rede assistencial de saúde do município é composta por 18 estabelecimentos privados e 26 estabelecimentos públicos, totalizando 44 estabelecimentos de saúde. Dentre as unidades públicas, existem 11 Unidades de Saúde da Família, sendo 6 unidades localizadas na zona rural e 5 localizadas na zona urbana. Além disso, o município ainda conta com 9 postos satélites distribuídos na sua zona rural. Esses postos satélites são estruturas menores que dão suporte as unidades da zona rural no intuito de levar atendimento as localidades mais distantes. Assim, as ESF se deslocam alguns dias da semana até os postos satélites para realizarem atendimento, procedimento entre outros serviços. O que possibilita uma cobertura de 100% da população. É importante destacar a existência de um hospital de pequeno porte que atende essa comunidade com serviço de urgência e emergência, leitos de internamento, exames laboratoriais, serviço de

fisioterapia, atendimento ambulatorial de algumas especialidades como psicólogo, fonoaudiólogo, ginecologista, obstetra, pediatra e mais recentemente realização de cirurgias eletivas de pequeno porte (CNES, 2022).

O município de São Gonçalo dos Campos - BA foi escolhido como local do estudo por se tratar do local de atuação da pesquisadora como enfermeira da APS, em uma Unidade de Saúde da Família.

Este município encontra-se com 2.829 casos confirmados de COVID-19 e 24 óbitos em sua última atualização do boletim epidemiológico que ocorreu em 12 de abril de 2022 o que pode não retratar a sua realidade atual (BRASIL, 2022b).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Como participantes da pesquisa foram escolhidos os trabalhadores de saúde que atuam na APS. Destaca-se que as Unidades de Saúde da Família estão funcionando com equipe mínima, cada unidade possui três profissionais de nível superior, sendo um médico(a), um enfermeiro(a) e um odontólogo(a); além dos profissionais de nível médio, incluindo as equipes de ACS, recepcionista, agente de limpeza, digitadora, auxiliar do consultório do dentista. Dentre esses trabalhadores de saúde, foram selecionados de forma aleatória 14 participantes para colaborarem com a pesquisa.

Devido a maior disponibilidade de tempo e facilidade quanto a localização, foram entrevistados os trabalhadores que atuam nas USF localizadas na sede do município. Dentre essas unidades estão USF Lavanderia, USF Estação, USF Matadouro, USF Gravatá, USF do Murilo Leite, além dos trabalhadores pertencentes a equipe do NASF.

Também foram incluídos como participantes do estudo gestores municipais de saúde. Atualmente, o município trabalha com 5 gestores: Secretária de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Coordenador da Vigilância Epidemiológica, Coordenador da Vigilância Sanitária, Coordenador de Saúde Bucal. Assim, foram selecionados 03 profissionais dentre estes, a partir da disponibilidade para colaborarem com a pesquisa.

Desse modo, foram realizadas um total de 17 entrevistas e o critério utilizado para estabelecer a quantidade de participantes do estudo foi a saturação dos dados, que de acordo com Fontanella e colaboradores (2011, p.389), ocorre quando o pesquisador “interrompe a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não são mais apreendidos a partir do campo de observação” ou seja, “há saturação teórica quando a interação entre campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para

balizar ou aprofundar teorização” (FONTANELLA *et al.*, 2011, p.390). Como foi vivenciado no decorrer da pesquisa.

Como critério de inclusão, foi utilizado o fato de os profissionais terem atuado na gestão ou Atenção Primária à Saúde de forma direta a partir do ano de 2020, por pelo menos 06 meses.

Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que se encontravam afastados por motivos de licenças, férias, aposentadorias entre outros.

A pesquisa contou com 17 entrevistados com idade entre 34 e 64 anos, que fazem parte da equipe da APS e/ou atuam na gestão da saúde do município. Dentre esses entrevistados, 13 pertencem ao sexo feminino e 4 ao sexo masculino. Entre eles, apenas 1 não possui nível superior, e dos 16 que possuem nível superior, 4 deles não atuam na sua área de formação, apesar de possuírem formação na área da saúde.

Ainda de acordo a caracterização dos participantes, foram entrevistados trabalhadores das diversas áreas da saúde: 04 profissionais do NASF; 03 ACS; 01 nutricionista; 03 enfermeiras; 03 gestores; 01 odontóloga; 01 técnica de enfermagem; 01 recepcionista. Essa diversidade permite uma visão ampliada das ações e serviços de saúde desenvolvidos por esses trabalhadores, nos diversos campos de atuação.

Em relação ao tempo de serviço dos entrevistados, há uma variedade de períodos, desde colaboradores com apenas 1 ano e 10 meses de atuação à 26 anos, o que possibilita o contato com diferentes percepções a partir do conhecimento dos entrevistados a respeito da saúde nos diversos momentos do município.

#### 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, foi realizada a técnica de entrevista semi-estruturada. Segundo Richardson (1999) a entrevista consiste numa técnica importante de relação interpessoal, sendo um modo de comunicação onde as informações são transmitidas de uma pessoa para outra. Tendo grande valor na realização das pesquisas sociais. Esse tipo de entrevista visa obter do entrevistado o que ele considera os aspectos mais relevantes do problema através de uma conversação guiada, buscando informações para uma análise qualitativa (RICHARDSON, 1999).

Dessa forma, a escolha da técnica de entrevista semi-estruturada tornou-se pertinente à proposta do estudo uma vez que possibilitou aos participantes expressar suas experiências dentro do contexto que foi estudado, trazendo para o pesquisador informações para uma análise qualitativa do objeto de estudo. Vale salientar que a entrevista foi guiada por um roteiro semi-

estruturado de questões (APÊNDICE A), e foram realizadas no segundo semestre de 2022, entre os meses de agosto e dezembro. Assim, esses dados foram coletados num período que ainda se encontrava em pandemia, porém num contexto de maior controle dos casos, uma maior flexibilização dos contatos e com a vacinação ocorrendo em todos os territórios.

Para realização das entrevistas foi utilizado um gravador que possibilitou um melhor registro das falas, captando as entonações, a forma com que as respostas foram dadas, além de permitir uma melhor compreensão da narrativa. Assim, as entrevistas foram iniciadas a partir da disponibilidade do participante, previamente agendadas e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE-APENDICE B), cujo conteúdo trazia informações a respeito da pesquisa.

Além da técnica da entrevista semi-estruturada, foi realizada análise documental a partir do plano de enfrentamento da COVID-19 (ANEXO A), ou seja, o plano de contingência, documento produzido pelo município que norteou as ações e serviços de assistência à saúde no período da pandemia da COVID-19 e que foi publicado no diário oficial de São Gonçalo dos Campos/BA. Esse documento foi analisado a partir da sua relação com os relatos dos entrevistados, sem roteiro de análise pré-estabelecido. É importante ressaltar que outros documentos como atas de reunião de equipe, atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde não foram utilizados porque não foram disponibilizados pelo município no decorrer da pesquisa.

#### 4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Para realização da análise e interpretação dos dados, foi utilizada a técnica de análise do conteúdo que, de acordo com Bardin (2016), se trata de um conjunto de técnicas que irá analisar as comunicações estabelecidas, os significados, apresentando-os de forma sistemática e objetiva através do que se é extraído nos discursos estabelecidos. Assim, permitiu que o pesquisador entendesse as representações que o indivíduo deu a sua realidade e interpretação dos significados à sua volta.

Através das inferências por meio de análise, essa técnica se propõe a estabelecer as causas e consequências trazidas pelas mensagens expressas pelos indivíduos. A técnica de análise do conteúdo procura interpretar o que é expresso através das palavras do entrevistado e qual significado é dado a esse conteúdo, ou seja, aquilo que não se expõe de forma objetiva (BARDIN, 2016).

Com a utilização desse método, três etapas foram assinaladas: a pré-análise que consiste na sistematização das ideias iniciais; a segunda fase que consiste na categorização a partir de temas correlatos existentes nos discursos dos entrevistados; e finalmente a terceira etapa, a da inferência e interpretação, onde o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos (SILVA e FOSSÁ, 2015).

Na primeira etapa foi feita uma “leitura flutuante” do material observando a exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e a exclusividade conforme as orientações de Santos (2012).

Na etapa de categorização, Santos (2012), ao tratar a técnica de análise do conteúdo proposta por Bardin, afirma que consiste em agrupar os elementos que possuem características semelhantes dentro do conteúdo trabalhado. “Este processo permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde divide-se os elementos e impõem-se organização)” (SANTOS, 2012, p.386).

Num último momento, na fase de interpretação, o embasamento dos dados e seu sentido se deu através do conteúdo do referencial teórico, uma vez que busquei apresentar em profundidade o que há por trás dos significados das palavras (SANTOS, 2012).

Assim, essa técnica foi escolhida como a mais pertinente para o desenvolvimento da pesquisa, buscando dar significado às vivências daqueles inseridos no contexto do trabalho. Inicialmente foi realizada uma transcrição na íntegra do conteúdo gravado durante as entrevistas. Após essa transcrição, respeitando as etapas da Análise do Conteúdo proposta por Bardin, foi feita uma leitura flutuante que possibilitou o estabelecimento dos objetivos alinhados com os objetivos propostos inicialmente pela pesquisa, tentando esgotar todos os assuntos que surgissem e que se tornassem pertinentes para análise final do conteúdo.

Desse modo, na pesquisa foram estabelecidas três categorias que possibilitaram uma análise posterior: estratégias utilizadas para possibilitar o acesso dos usuários: novas rotinas adotadas pela APS de São Gonçalo dos Campos – BA; capacitação e inserção dos trabalhadores de saúde nas ações e serviços da APS durante a pandemia da COVID-19; dificuldades/facilidades e desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde para reorganização da APS. Em seguida, as categorias foram analisadas com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

O IRAMUTEQ caracteriza-se como um software utilizado para auxiliar na análise de textos, que busca apreender a organização dos discursos, informando as relações entre os mundos lexicais mais frequentes trazidos pelos entrevistados. Ou seja, baseado na similaridade

dos vocabulários, realiza uma análise quantitativa de dados textuais pautadas em classes de conteúdo. Assume assim, que vocabulários semelhantes fazem parte de um mesmo mundo lexical (SANTOS *et al.*, 2017).

Desse modo, a utilização desses softwares nas pesquisas das áreas de saúde tem sido cada vez mais implementada no intuito de facilitar o gerenciamento dos dados qualitativos, buscando um maior rigor metodológico das investigações (SANTOS *et al.*, 2017). Ressalta-se que o IRAMUTEQ não é uma ferramenta de análise de dados, apenas um recurso para processá-los, tornando essencial a análise e interpretação que fica a cargo do pesquisador. De acordo com Santos e colaboradores (2017, p.397).

Nenhuma das ações realizadas pelo IRAMUTEQ produz resultados, em vez disso, o pesquisador utiliza todos esses materiais, juntamente com o texto original, para construir a compreensão dos discursos e ajudar a identificar as inferências mais plausíveis a partir dos dados.

Essa funcionalidade do IRAMUTEQ pode ser percebida durante a análise de dados da pesquisa a partir da utilização da árvore de similitude produzida pelo software. De acordo com Camargo e Justos (2013), a análise de similitude possibilita identificar as concorrências entre as palavras e seu resultado permite verificar as proximidades e conexão entre as mesmas, permitindo assim uma melhor descrição das partes comuns e especificidades do corpus textual. Assim, após o estabelecimento das categorias, foi elaborada a partir do software a árvore de similitude de cada uma e descrita e analisada a partir da relação com as falas dos entrevistados presente na transcrição das gravações.

Outra ferramenta disponibilizada pelo IRAMUTEQ também utilizada para auxiliar a análise dos dados foi a elaboração das nuvens de palavras de cada categoria de análise. Esta nuvem agrupa e organiza as palavras em função da sua frequência, permitindo verificar as palavras chaves de um corpus, e a partir daí, contextualizá-las a partir das falas dos entrevistados (CAMARGO e JUSTUS, 2013). Logo, sua utilização possibilitou ao pesquisador verificar e contextualizar as principais expressões trazidas durante a pesquisa, quando trabalhado o tema proposto.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, o presente trabalho buscou respeitar os preceitos das Resoluções, nº 466/12, nº 510/16 e nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil.

De acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, no intuito de assegurar os aspectos éticos referentes a pesquisas com seres humanos e garantir o bem estar daqueles envolvidos, resolve que as pesquisas em qualquer área do conhecimento que envolva seres humanos devem estar fundamentadas em fatos científicos sendo realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio, sendo utilizados os métodos adequados para responder as questões estudadas (BRASIL, 2013). Já a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 dispõe sobre as normas aplicáveis em Ciências Humanas e Sociais cuja metodologia implique na utilização de dados diretamente coletados com os participantes ou que possam apresentar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana (BRASIL, 2016).

Em se tratando de pesquisas com seres humanos e instituições do SUS, mais recentemente na Resolução nº580 de 22 de março de 2018, determina que o procedimento da pesquisa não deve interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, além disso o atendimento ao usuário não deverá ser prejudicado, independente da sua decisão de colaborar com a pesquisa. Nas pesquisas realizadas com membros das equipes do SUS, estas não devem interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço (BRASIL, 2018a).

A coleta de dados só teve início após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana. Em tempo, ressalta-se que o projeto de origem “Estratégias e tecnologias para garantir acesso e resolubilidade da atenção primária à saúde no contexto da pandemia de COVID-19 na macrorregião de saúde centro-leste” ao qual este trabalho está vinculado, encontra-se apreciado e aprovado pelo CEP/UEFS, sob número de protocolo 65693716.7.000.0053 (ANEXO B).

Foi garantido ao entrevistado total sigilo em relação a sua identificação e das informações fornecidas, além de autonomia para escolher participar ou não da pesquisa. Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos (APENDICE B), foram disponibilizadas as informações relevantes de natureza do estudo, buscando seu interesse em colaborar com o mesmo. Então, os participantes da pesquisa foram contatados previamente, sendo garantido condições adequadas para que o(a) pesquisador(a) esclarecesse os objetivos e a importância da pesquisa, possibilitando que de forma facultativa o participante aceitasse ou não colaborar com o trabalho através da assinatura do TCLE dos sujeitos, podendo ele desistir a qualquer momento de participar do estudo.

## 5. ANÁLISE DOS DADOS

### 5.1 ACESSO DO USUÁRIO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA APS NO PERÍODO PRÉ-PANDÊMICO

Para iniciar a análise dos dados da pesquisa e facilitar a compreensão de que forma o município de São Gonçalo dos Campos-BA se organizou no intuito de manter o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde desenvolvidas pela APS durante o período da pandemia da COVID-19, se faz importante contextualizar como esse serviço se configurava em sua rotina normal antes do período pandêmico, para, a partir daí, focar nas estratégias estabelecidas pelo município após decretada a pandemia. Também se torna relevante conhecer, mesmo que superficialmente, um pouco das estruturas das unidades, visto que o fator estrutural teve uma grande influência na forma como o município conseguiu se organizar durante a pandemia.

Como já foi relatado na metodologia, a APS do município de São Gonçalo dos Campos é constituída por 11 Unidades de Saúde da Família (USF), 9 postos satélites, as quais funcionam com equipe mínima preconizada, uma média de 8 profissionais, em conjunto com as equipes de Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, o município conta com a atuação das equipes de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Vigilância Sanitária. As USF's são a porta de entrada dos usuários ao serviço. Elas atendem aos programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), como pré-natal, puericultura, planejamento familiar, atendimento médico, odontológico, de enfermagem, acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas, realização de preventivos, sala de vacina, sala de curativo. Além disso, há o atendimento de algumas especialidades como, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogos, e acompanhamento de fisioterapeuta a nível domiciliar para os pacientes que possuem dificuldades de locomoção, por uma equipe multidisciplinar montada para dar suporte às unidades.

Logo, é possível afirmar que o município de São Gonçalo dos Campos-BA trabalha em conformidade com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde que, através da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a, p.19) afirma:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Assim, em relação às estruturas dessas 11 Unidades de Saúde da Família (USF), apesar de não ter uma padronização e, com tamanhos e divisões diferentes, todas possuem recepção, sala de procedimento, consultório médico e de enfermagem. Algumas unidades improvisam sala de vacina, não havendo um espaço destinado exclusivamente a essa função. Além disso, nem todas as unidades possuem consultório odontológico, havendo a necessidade do deslocamento dos usuários para outras localidades buscando esse atendimento.

Para que a comunidade tenha acesso aos serviços oferecidos pelas unidades, o fluxo é estabelecido por meio de consultas agendadas, demanda espontânea em casos de urgência para o devido encaminhamento quando necessário, visitas domiciliares por todos os profissionais previamente agendadas, demanda livre para as salas de vacina, curativos e aferição de sinais vitais. Essas consultas são agendadas diariamente pelos pacientes ou com auxílio dos agentes comunitários para aqueles que tenham dificuldades de se deslocarem ao serviço. Todo esse cenário é relatado pelos entrevistados quando questionados sobre o fluxo de atendimento existente antes da pandemia da COVID-19.

Esse fluxo acontecia por demanda espontânea, de forma espontânea e visita domiciliar com os agendamentos feitos pela equipe de saúde da família (Ent. 01).

Então, as pessoas tinham acesso a todas especialidades dentro da APS. Passavam pelo médico, a triagem pelos técnicos de enfermagem, com os enfermeiros. Também tem todas outras especialidades: nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo. Então eles tinham acesso de acordo com as necessidades que eles vinham procurar (Ent. 03).

O paciente, ele da entrada na unidade. É acolhido na recepção, informa qual o tipo de programa que ele quer ter acesso, que pode ser puericultura, pré-natal, hiperdia, planejamento familiar, atendimento para aferir pressão, HGT. Da recepção ele é encaminhado para o setor específico da solicitação dele e a gente faz esse atendimento (Ent. 04).

Os ACS servem como elos de ligação entre as unidades de saúde e a comunidade, mantendo a comunicação, o acompanhamento dentro das áreas de cobertura e facilitando o acesso aos serviços ofertados. É importante destacar que as unidades e agentes comunitários se organizam por áreas de abrangência, com a preocupação de manter o serviço o mais próximo possível das localidades de moradia da população, facilitando assim o deslocamento dos pacientes aos atendimentos.

O fluxo, era, o paciente buscava a unidade de saúde geralmente com intermédio do agente comunitário e a partir daqui da unidade de saúde é que definia o destino desse paciente, se era algo que não era para ser resolvido na atenção básica, era encaminhado para o hospital de referência do município. Funcionava o odontológico, puericultura, pré-natal, acredito que algumas unidades tinham o hiperdia e também tinha aqueles pacientes que não se encaixavam em nenhum público específico, para uma coisa específica como por exemplo a puericultura e pré-natal mas buscava até para se informar (Ent. 05).

Ainda de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012a), a Atenção Básica deve ser a via de acesso preferencial da comunidade aos serviços de saúde, a porta de entrada, orientando-se pelos princípios da acessibilidade, criação de vínculo, continuidade do cuidado, através de um território adstrito, permitindo o planejamento e a programação das ações de saúde. O que pode ser visto em São Gonçalo dos Campos-BA, quando descrito a dinâmica de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, seus atendimentos e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde como ponte entre as equipes e as comunidades.

Dentre as inúmeras atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde trazidas pela PNAB (Brasil, 2012a, p.51), é importante destacar:

Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade além de, desenvolver atividades de promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

Assim, a partir da descrição do funcionamento do serviço da APS no município de São Gonçalo dos Campos -BA, das falas dos entrevistados e do conteúdo trazido por Assis e Jesus (2012) a respeito da análise do acesso aos serviços de saúde com base nas dimensões organizacional e técnica, é possível visualizar que o município mantinha o acesso dos usuários aos serviços de saúde com o estabelecimento de fluxos de atendimento, acolhimento, as unidades como porta de entrada (análise organizacional), além da integralidade da atenção com assistência multiprofissional, estabelecimento de vínculos, e disponibilidades dos serviços atendendo aos programas (análise técnica).

No entanto, os anos de 2020 e 2021 foram considerados atípicos para toda população mundial, e não foi diferente no município de São Gonçalo dos Campos-BA, que, como em outros municípios, precisou se adaptar à nova realidade imposta pela pandemia, no intuito de possibilitar tanto a continuidade da assistência em seu território, quanto a inclusão de novas ações e serviços destinados ao enfrentamento da COVID-19.

Após reconhecer como se configurava o acesso do usuário às ações e serviços de saúde da APS no período pré-pandêmico, serão apresentadas a seguir três categorias de análise.

Na categoria, “estratégias utilizadas para possibilitar o acesso dos usuários: novas rotinas adotadas pela APS de São Gonçalo dos Campos – BA”, é apresentado, analisado e discutido, a partir da fala dos entrevistados, como o município adaptou sua rotina nos serviços de saúde para que os usuários tivessem uma assistência mínima mantida nesse período em que o foco estava no isolamento social e diminuição do fluxo de pessoas nas unidades.

A categoria seguinte apresentada, “capacitação e inserção dos trabalhadores de saúde nas ações e serviços da APS durante a pandemia da COVID-19”, analisa e discute quais as atividades que foram adotadas em São Gonçalo dos Campos-BA, a partir dos relatos dos participantes, para que estes fossem capacitados a atuarem durante a pandemia, visto que se tratava de uma situação atípica, nunca então vivenciada pelos trabalhadores de saúde.

Por último, a categoria, “dificuldades/ facilidades e desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde”, apresenta, analisa e discute as experiências vivenciadas por esses trabalhadores de saúde da APS de São Gonçalo dos Campos-BA durante o período da pandemia da COVID-19.

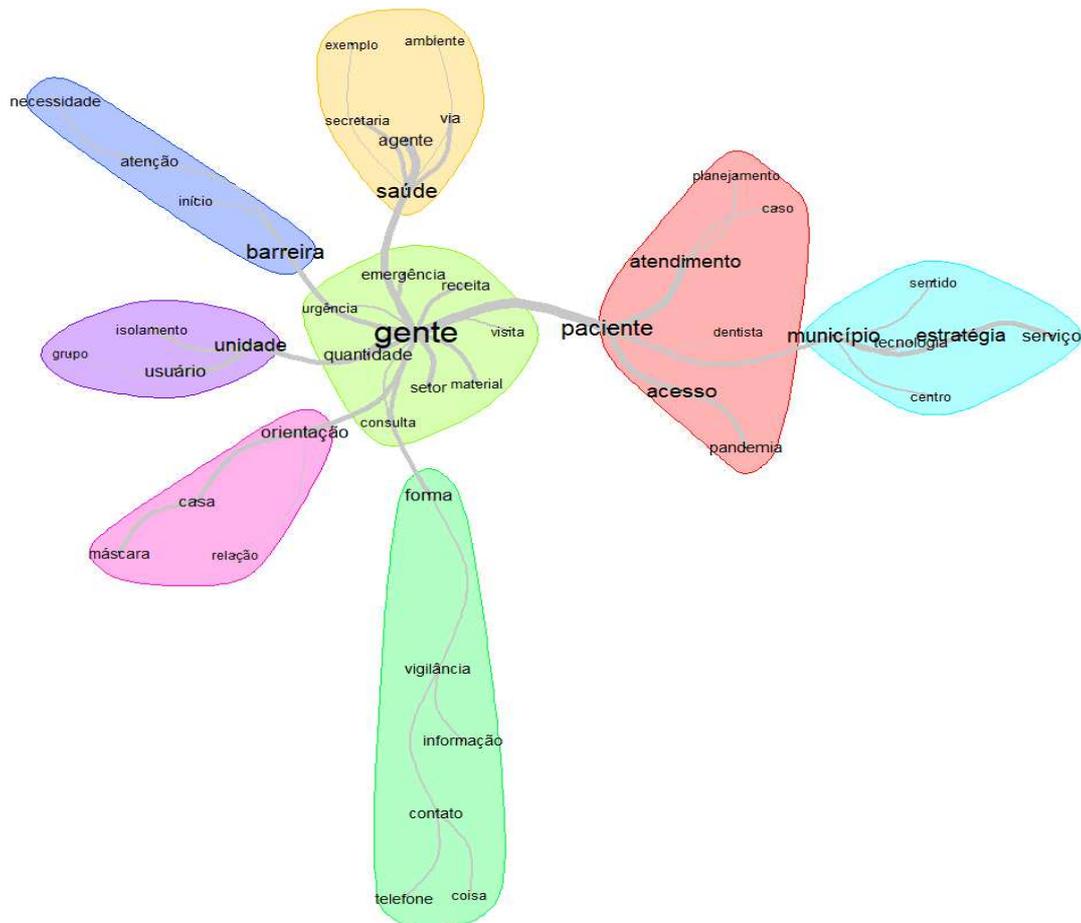
## 5.2 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA POSSIBILITAR O ACESSO DOS USUÁRIOS: NOVAS ROTINAS ADOTADAS PELA APS DE SÃO GONÇALO DOS CAMPOS – BA

A rede de APS do Brasil tem proporcionado importantes resultados na melhoria das condições de saúde da população e teve um papel fundamental no desenrolar do enfrentamento da pandemia da COVID-19 (CABRAL, 2020). Garantir o acesso dos usuários aos serviços da APS sempre foi um desafio para os serviços de saúde, visto as inúmeras dificuldades econômicas, políticas e sociais enfrentadas pelo sistema. Essa realidade foi agravada no período da pandemia, pois, além das dificuldades enraizadas historicamente, os gestores, trabalhadores e comunidades tiveram que enfrentar o surgimento de uma doença, até então desconhecida e criar estratégias que pudessem garantir a manutenção dos serviços com o controle da disseminação da doença (MEDINA *et al.*, 2020)

Os relatos dos trabalhadores de saúde a respeito das estratégias criadas pelo município de São Gonçalo dos Campos-BA para possibilitar o acesso dos usuários às ações e serviços da APS, durante o período da pandemia da COVID-19, foram analisados com o auxílio da árvore de similitude (Figura 1), onde, a partir da relação das palavras que surgiram com maior

frequência e, de acordo com as falas dos entrevistados, possibilitou apreender as ideias principais desses trabalhadores nessa categoria de análise.

**Figura 1** - Árvore de similitude sobre as estratégias criadas pelo município de São Gonçalo dos Campos para possibilitar o acesso dos usuários aos serviços da APS durante a pandemia da COVID-19



Fonte: Próprio autor (2023)

Ao visualizar a árvore de similitude, percebe-se que as palavras que mais se destacam são: gente, paciente, saúde, barreira.

A palavra **gente** encontra-se no centro da árvore o que pode trazer diversas interpretações dentro do contexto trabalhado. Porém, quando são retomados os discursos dos entrevistados, é possível entender que a mesma aparece como um forma dos trabalhadores se referirem a eles mesmos, “a gente”, dando uma entonação e um significado coletivo ao processo vivenciado. Ou seja, as estratégias desenvolvidas como a diminuição do fluxo de pessoas para

evitar aglomeração, uso de redes sociais, uso de EPI's, orientações em domicílio, entre outras, partem da ideia de um trabalho coletivo, para que os pacientes tenham a possibilidade de ter a continuidade da assistência, mesmo em período de pandemia da COVID-19.

**A gente** trabalhava, mas com poucas pessoas para não aglomerar muito. Aí diminuiu a quantidade do fluxo por isso...quando as pessoas mandavam pelas redes sociais que pediam **a gente**, aí a **gente** tentava resolver através disso (Ent. 02).

**A gente** passava nas casas, dava orientação que tinham que se isolar, ficar em casa os idosos, as crianças, principalmente (Ent. 09).

E **a gente** foi realocado para dar suporte a secretaria de saúde, em outros serviços... **A gente** evita as aglomerações, reduz a quantidade de pessoas num ambiente pequeno e a utilização de máscaras, de EPI's, de segurança (Ent. 12).

O trabalho em equipe é um tema bastante discutido e tem seu destaque na área da saúde por entender que os processos de trabalho em saúde são melhores executados quando existe uma cooperação e envolvimento coletivo dos trabalhadores, onde cada um exerce sua função e juntos conseguem realizar suas atividades, visando o bem estar dos usuários. Assim, a partir da Política Nacional de Humanização que traz a discussão do cuidado integral como direito da população e dever do Estado, há um entendimento que não basta aumentar a oferta de serviços e o acesso a diferentes áreas profissionais, mas há a necessidade de que esses indivíduos sejam atendidos mediante práticas e serviços integrados (GUIMARÃES e BRANCO, 2020).

De acordo com Guimarães e Branco (2020, p.2), “na atenção básica à saúde, o trabalho em equipe no território favorece uma articulação das ações de prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde”. Fato que foi percebido durante as entrevistas quando os participantes relatam essa intensificação das articulações entre as equipes para que os serviços tivessem continuidade e como uma forma de se ajudarem num momento de grandes dificuldades. Assim, as autoras ainda afirmam que “o trabalho em equipe é fundamental no processo de trabalho na atenção básica à saúde e enfatizam a necessidade do trabalho em saúde ser desenvolvido a partir de ações interdisciplinares, multidisciplinares e transdisciplinares” (GUIMARÃES e BRANCO, 2020, p.2).

Uma outra palavra que se destaca é **paciente**. Assim, caminhando pela árvore, relacionadas à palavra paciente, ainda surgem as palavras acesso e atendimento. A proximidade dessas, pode sugerir a preocupação dos trabalhadores de saúde para que os usuários atendidos na APS tenham seu acesso garantido e tenham a continuidade dos seus acompanhamentos. E, a partir daí, a compreensão da necessidade de lançar mão de estratégias eficazes que pudessem garantir a atenção à saúde.

E depois é que voltaram a marcar alguns **atendimentos**, como planejamento familiar, pré-natal, agora reduzindo a quantidade e com hora marcada. O **acesso** do **paciente** foi limitado (Ent. 13).

Mesmo com a orientação de ficar em casa quem aparecia na unidade, tendo todos os EPI's, portando a máscara, eles, os **pacientes** foram **atendidos** sim (Ent. 14).

A estratégia que a gente montou foi que o **paciente** ao chegar na unidade a gente pedia essa receita, a gente colocou tipo um isolamento para poder aferir a pressão, e aí esse paciente aferia a pressão, aferia a glicemia, e aí era feita a troca da receita mas de uma forma bem isolada (Ent. 15).

Quando surge na fala dos entrevistados a palavra **paciente**, de forma quase que unânime, emerge uma outra discussão que há anos tem destaque nos estudos da relação profissional-paciente nos ambientes de saúde. A utilização dos termos paciente, cliente, usuários para se referir aqueles indivíduos que procuram os serviços. De acordo com Saito e colaboradores (2013, p.01), a utilização do termo paciente “pode sugerir implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional, visto que a origem do termo refere-se à palavra *sufredor*”, porém esses mesmos autores relatam a utilização da expressão como uma tentativa por parte dos profissionais de manter um distanciamento emocional daqueles os quais prestam assistência.

Já o termos cliente, dá uma conotação de venda dos serviços, colocando aqueles que procuram os serviços de saúde numa posição de consumidores. E usuários, o que seria mais adequado para alguns autores, entende-se como todo e qualquer indivíduo que busca a assistência em saúde seja no setor público ou privado (SAITO *et al.*, 2013).

Mas por que essa discussão torna-se relevante na pesquisa que traz as estratégias criadas pelo município de São Gonçalo dos Campos/BA para manter o acesso dos usuários aos serviços da APS durante a pandemia da COVID-19? Num contexto em que surge uma doença nova, que estava causando grandes danos a população mundial, onde os profissionais de saúde são colocados como “heróis”, e os únicos com reais condições de diminuir os danos e sofrimento causados pela pandemia, a partir do uso da expressão paciente para se referir aos usuários dos serviços, entende-se esses profissionais numa posição hierárquica superior, como detentores do conhecimento. Porém, tal fato requer uma discussão mais aprofundada que traga uma diálogo sobre a adequabilidade desses termos no cotidiano dos serviços de saúde.

O termo **saúde**, como era esperado, por se tratar de uma condição de emergência sanitária, tem destaque na árvore. Essa palavra é interligada a palavra central a partir do termo emergência, o que é possível perceber o entendimento dos entrevistados a respeito do contexto vivenciado pela pandemia da COVID-19 como uma situação de emergência em saúde, onde

esforços precisaram ser destinados para que os usuários dos serviços tivessem sua assistência garantida.

Além disso, identifica-se uma preocupação coletiva a respeito da saúde de todos os envolvidos, os trabalhadores, seus familiares e comunidade em geral. E, através da árvore de similitude, entende-se a necessidade em restabelecer a saúde da população em caráter emergencial com estratégias que possibilitem o acesso aos serviços e estabeleçam medidas preventivas e eficazes para garantir o controle da pandemia.

A palavra **barreira** também surge na árvore como uma das palavras principais. Ela está relacionada à utilização das barreiras sanitárias, que foi relatada por quase todos entrevistados, como uma estratégia de controle da disseminação do vírus. Apesar de reconhecerem não se tratar de uma estratégia que possibilite o acesso dos usuários aos serviços, a sua incidência lhe deu um lugar de destaque com a necessidade de uma melhor contextualização mais adiante. Relacionada à palavra barreira encontra-se o termo início, o que dar a entender que este trabalho foi realizado apenas no início da pandemia da COVID-19.

A estratégia que eu me lembro, logo no primeiro início, que ficou assim bem marcada para mim, quanto profissional, foram as barreiras, mas que na verdade não tem... Eu não vejo como ampliação do acesso regular do cidadão a APS. As **barreiras** aconteceram não por muito tempo... (Ent. 01).

... quando a gente trabalhava no início do COVID, eu mesmo comecei a trabalhar nas barreiras sanitárias e aí facilitou mais porque eu estava trabalhando nas barreiras (Ent. 02).

Nas **barreiras** a orientação é que deveriam parar, ver temperatura, perguntar de onde veio, e pronto (Ent. 05).

O recorte da nuvem de palavras (Figura 2) traz a conformidade das palavras mais expressivas, reiterando o conteúdo das entrevistas realizadas.



... nesse período, de início de pandemia, a atenção se voltou mais ao ambiente hospitalar, pela necessidade de cuidar das pessoas que chegavam com sintomas (Ent. 1).

O município abriu um centro de COVID, instalado no anexo do hospital municipal e os pacientes eram atendidos lá e testados lá também nesse centro de COVID. Não houve nenhuma disponibilização de nenhum tipo de ferramenta que possibilitasse a manutenção desse atendimento ao usuário de forma direta (Ent. 11).

São Gonçalo criou um centro de COVID, para enfrentamento da COVID-19, em muitos municípios a orientação foi fazer dentro da atenção primária, mas aqui fez em um anexo da unidade hospitalar, que era a referência da atenção primária para os atendimentos dos casos de COVID 19 (Ent. 17).

Apesar da importância de uma rede hospitalar adequada para trabalhar em situação de pandemia, é necessário reafirmar o papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da epidemia e manutenção da oferta regular dos serviços, a partir da reorganização das suas demandas (MEDINA *et al.*, 2020). Assim, como em muitos municípios, na cidade de São Gonçalo dos Campos-BA, novas rotinas foram adotadas, na tentativa de manter uma assistência mínima necessária, mesmo com as orientações de isolamento e distanciamentos dos usuários dos serviços de saúde.

Essa nova forma de trabalhar e essas novas rotinas organizadas, foram apresentadas inicialmente através do Plano de Contingência para COVID-19, divulgado no diário oficial do município na data de 12 de maio de 2020. Inicialmente, o Plano traz como deve ser realizado o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família para os pacientes que apresentarem sintomas respiratórios, garantindo-lhes máscaras, higienização das mãos, realização da triagem pelas equipes de técnicos de enfermagem, atendimento médico e de enfermagem, além de área isolada e devidamente ventilada (SÃO GONÇALO DOS CAMPOS, 2020).

Além desse acolhimento, o documento divulgado pelo município, traz as orientações das novas rotinas que deveriam ser adotadas pelos inúmeros setores de saúde que atendem a população. Na Atenção Primária à Saúde há um destaque para as equipes de Agentes Comunitários de Saúde que ficaram responsáveis em fazer o acompanhamento dos casos em domicílio, devidamente paramentados com uso dos EPI's, monitorando, orientando e informando a equipe em caso de complicações. Além disso, foi apresentado como função inerente aos ACS manter as orientações nos espaços coletivos, auxiliando a comunidade a realizarem as medidas preventivas, da forma correta, como divulgadas pelo Ministério da Saúde (SÃO GONÇALO DOS CAMPOS, 2020).

Ao analisar as falas dos ACS, é possível afirmar que as estratégias implantadas e as novas rotinas estabelecidas para realização das visitas domiciliares, não foi um trabalho fácil,

porém, mesmo num fluxo menor, as visitas eram realizadas, possibilitando o contato com os usuários que se encontravam isolados, o acompanhamento daqueles que apresentavam sintomas de COVID, e ainda a realização de orientações adequadas a comunidade, visando assim a diminuição dos danos causados pela pandemia.

Visita domiciliar só em caso de emergência. A gente trabalhava mas com poucas pessoas, para não aglomerar muito. Aí diminuiu a quantidade do fluxo por isso Ent. 02).

A gente passava nas casas, dava orientação que tinham que se isolar, ficar em casa os idosos as crianças, principalmente. A gente se isolava, não podia entrar nas casas, tinha que ficar distante, só casas que tivessem quintal, área aberta, a gente tinha um acesso, mas sempre com as máscaras e sempre de fora para chamar as pessoas para passar a orientação (Ent. 09).

A estratégia que eu vi aqui no município que foi passada para mim, só foi realmente informações em relação aos profissionais, agente de saúde, o enfermeiro, ao médico. As orientações chegavam ao paciente através da gente. Dos agentes comunitários de saúde. A gente dava orientação da porta, o paciente com dois metros de distância, e ficou nessa até terminar (Ent. 16).

Ainda dentro desta discussão, outros trabalhadores da saúde, que não atuam como ACS, também trouxeram em suas falas essas mudanças estabelecidas na rotina de trabalho desses profissionais, como a nova forma de realizar seus acompanhamentos através das visitas domiciliares sob a orientação de manter o distanciamento, evitar aglomerações e a preocupação da utilização dos EPI's.

...a orientação que foi para eles, é que eles evitassem adentrar aos domicílios, então eles tiveram que prestar orientações mesmo do lado de fora das residências. Munidos de face shields, máscaras, mas eles não tinham contato direto com o paciente, então em muitas casas mesmo eles deixaram de ir (Ent. 11).

Ao reconhecer como as estratégias utilizadas para adequação dos serviços dos Agentes Comunitários de Saúde, através da diminuição das visitas domiciliares e o distanciamento no contexto da pandemia da COVID-19, interferem no acesso dos usuários a APS, os trabalhadores de saúde entrevistados reforçam o que é trazido pela literatura, que coloca os ACS's num papel fundamental como elo de ligação entre a comunidade e as Unidades de Saúde da Família, possuindo as visitas domiciliares como recurso principal para manter o acompanhamento da comunidade. O trabalho desses profissionais durante a pandemia, teve grande importância na disseminação de informações verdadeiras e no acompanhamento, principalmente dos portadores de comorbidades que foram orientados a ficarem em casa e evitassem a circulação, diminuindo assim o risco de contrair a doença (SOARES e FONSECA; 2020).

De acordo com Morosini, Fonseca e Lima (2018), o trabalho do ACS contribui para facilitar o acesso e proporcionar um vínculo contínuo entre a comunidade e os serviços de saúde, atuando como elo de ligação entre a população e as unidades. Já Soares e Fonseca (2020) relatam que o ACS atuou como peça chave para manter o constante acompanhamento das condições de saúde da comunidade no período da pandemia, visto que já possuíam conhecimento a respeito das vulnerabilidades dos territórios os quais atuam.

Ainda reforçando a importância do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde como elo de ligação entre a comunidade e a equipe da unidade, destacando a importância do vínculo estabelecido que facilitou a utilização das redes sociais como ferramenta para articulação da assistência, além da importância da tecnologia nesse processo, é importante destacar uma das unidades, que, por iniciativa própria, utilizou o aplicativo de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones, o “whatsapp” para otimizar seu trabalho, como descrito na fala a seguir:

Quando as pessoas mandavam pelas redes sociais que pediam a gente, aí a gente tentava resolver o problema através disso (Ent. 02).

...pelo menos aqui da unidade, os agentes fizeram um grupo com toda comunidade, principalmente os acamados, os filhos dos pacientes acamados, grupo de whatsapp. Então muitas informações os agentes de saúde passavam, o usuário passava para o agente, os agentes passavam para a unidade. Quando era algo que realmente necessitava de uma visita ou de alguma coisa assim, a gente ia até a casa do paciente, porém só dois profissionais, todo equipado (Ent. 14).

A utilização desses recursos não se limitou apenas ao exemplo apresentado acima. Além disso, de acordo com o Plano de Contingência (SÃO GONÇALO DOS CAMPOS, 2020) e com o relato do entrevistado 7, foi disponibilizado um telefone, com linha exclusiva, que ficava na central do COVID, da Vigilância Epidemiológica, para que os usuários e trabalhadores pudessem esclarecer suas dúvidas a respeito do momento vivenciado e solicitar que as equipes fossem realizar teste de COVID em domicílio.

O único serviço que foi disponibilizado por telefone foi apenas o número da vigilância epidemiológica para ligarem e pedir informações ou saber questões de teste de COVID, apenas (Ent. 5).

Tinha um telefone de contato lá na central do COVID, onde as pessoas entravam em contato e a gente saía em equipe para ir fazer coleta de material (Ent.7).

Já a equipe da Vigilância Sanitária também utilizou de ferramentas tecnológicas para que a comunidade tivesse acesso aos seus serviços sem a necessidade de se deslocarem para as unidades e/ou para a Secretaria de Saúde.

A implantação dos serviços por exemplo de denúncia, e orientação via telefone, via whatapp, elaboração de alguns formulários para que fossem tanto os requerimentos, quanto às denúncias, serem feitos via google forms, planilha do google forms, que você poderia fazer a solicitação, ou solicitação de alguma informação, a partir desses instrumentos, até por que a gente observava que muitas vezes os regulados não compareciam ao setor de vigilância sanitária por algum motivo (Ent.06).

De acordo com Soeiro e colaboradores (2020), a criação de um canal remoto de atendimento via telefone ou através de mensagens foi essencial nesse momento, como apresentado em países como a China e Inglaterra, objetivando diminuir o fluxo de pacientes nas unidades de saúde, protegendo além destes, os profissionais e familiares. Sendo utilizados também como ferramenta de informação para as comunidades, triagem dos pacientes determinando os fluxos de atendimentos nos serviços de saúde, como canal de aconselhamento e apoio psicológico.

No Brasil, muitos municípios também aderiram a criação de centrais telefônicas para auxiliarem o contato dos pacientes visando as orientações e acompanhamento dos casos. Um outro bom exemplo foi o do município de Canaã dos Carajás, no Pará, que, com a criação do Disk Coronavírus, uma central de notificação e informações para os usuários, conseguiram frear a disseminação de notícias falsas a respeito da doença e orientar a comunidade quanto aos comportamentos adequados para diminuir o risco de contágio, além dos teleatendimentos para acompanhamento dos casos confirmados e suspeitos no município (BRASIL, 2021b).

No estado da Bahia, numa parceria entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), foi criado o Tele-Coronavírus 155, onde estudantes de medicina voluntários, sob a supervisão de médicos, prestaram orientação a população a respeito da COVID-19 no intuito de diminuir a procura pelos serviços de saúde em casos pacientes assintomáticos ou com sintomas leve (SOUZA *et al.*, 2020).

Ainda se tratando do que foi apresentado no Plano de Contingência do município de São Gonçalo dos Campos-BA, as orientações sobre a forma de atuar durante a pandemia não ficaram restritas apenas à atuação dos ACS, mas a outras áreas de atuação dos trabalhadores de saúde. Como, por exemplo, as consultas de rotina dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos que atuam nas Unidades de Saúde da Família, que antes eram agendadas, foram suspensas, exceto as consultas de pré-natal que passaram a ser agendadas por hora marcada e com intervalo maior entre uma consulta e outra, o que pode ser considerada como estratégia para o atendimento presencial. Porém, esses profissionais, mesmo com alguns atendimentos

suspensos ficavam nas unidades para auxiliarem nas orientações da comunidade e atendimento das urgências que surgiam (SÃO GONÇALO DOS CAMPOS, 2020).

Foi suspenso também o acompanhamento de rotina dos hipertensos e diabéticos e do crescimento e desenvolvimento das crianças, porém, no intuito de manter o fornecimento das medicações dos pacientes de doença crônica, foi utilizada como estratégia o aumento do o prazo de validade das receitas, diminuindo assim o fluxo dos pacientes nessas unidades (SÃO GONÇALO DOS CAMPOS, 2020).

Essas mudanças não se limitaram apenas ao município de São Gonçalo dos Campos-BA, elas partiram de determinações do próprio Ministério da Saúde que, mesmo entendendo que cada município e cada unidade possuem realidades diferentes, divulgou orientações para nortear os estabelecimentos nas novas rotinas de atendimento no período da pandemia. Orientações como vacinação de rotina em grandes espaços públicos ou até mesmo dentro dos carros, entrega de receitas com prazos estendidos, organização dos espaços internos da UBS para melhor atendimento dos usuários que procuravam as unidades. Assim, as equipes precisaram se reinventar nos seus processos de trabalho, para atuar no controle da pandemia, mas, também, garantir a assistência aos pacientes crônicos que frequentavam as unidades (BRASIL, 2021a).

Vacinas da mesma forma não foram suspensas, mas a gente teve que começar a agendar a quantidade de pacientes...pediram para que colocassem uma barreira impossibilitando o paciente de chegar muito próximo da recepção, e a gente teve que se adequar e até improvisar (Ent. 11).

... reduziu o número de marcações, evitar aglomeração dentro do setor, basicamente os usuários ficaram fora do setor aguardando serem chamados... A gente evita as aglomerações, reduz a quantidade de pessoas num ambiente pequeno e a utilização de máscaras, de EPI's, de segurança (Ent. 12).

A estratégia que a gente montou foi que o paciente ao chegar na unidade a gente pedia essa receita, a gente colocou tipo um isolamento para poder aferir a pressão, e aí, esse paciente aferia a pressão, aferia a glicemia, e aí era feita a troca da receita mas de uma forma bem isolada (Ent. 15).

Assim, foi possível identificar através das falas apresentadas que algumas Unidades de Saúde da Família em São Gonçalo dos Campos-BA conseguiram se organizar mantendo locais isolados dentro das suas estruturas para acolher o usuário que chegasse ao serviço com sintomas de gripe, ou outros sintomas que poderiam estar relacionados ao COVID-19. Além disso, foi possível improvisar barreiras de proteção em alguns setores, intensificar a higienização das áreas, agendar vacinas de rotina para evitar aglomeração, visto que o espaço físico das unidades

em sua maioria são pequenos e inadequados, separar equipamentos para atendimento dos casos suspeitos como oxímetro, termômetro, glicosímetros entre outras medidas.

Logo, ao entrevistar trabalhadores de saúde de diferentes áreas, foram apresentadas formas distintas de entender e adaptar as estratégias trazidas pelo município, sob as orientações também divulgadas pelo Ministério da Saúde. Um exemplo disso, foram os profissionais de enfermagem que trabalharam com a maioria dos seus atendimentos suspensos, porém tentaram manter os serviços mais essenciais para acompanhar os usuários das suas áreas de abrangência, tentando ainda diminuir os prejuízos causados pela própria pandemia. Dentre esses serviços, é possível falar do programa de pré-natal que tem os enfermeiros (as) como peças fundamentais para o bom andamento da assistência. Logo, essas novas rotinas foram identificadas nas falas das enfermeiras entrevistadas quando trouxeram o relato das estratégias para que as gestantes tivessem a garantia da assistência pré-natal durante a pandemia.

Pré-natal não foi suspenso, pré-natal a gente começou a agendar uma quantidade reduzida de consultas e consultas de horário. Com o horário marcado justamente para evitar que muitos pacientes ficassem num mesmo local (Ent. 11).

E depois é que voltaram a marcar alguns atendimentos, como pré-natal, agora reduzindo a quantidade e com hora marcada. O acesso do paciente foi limitado. A estratégia aqui no município foi orientada quanto ao agendamento por hora marcada, alguns atendimentos como pré-natal, planejamento familiar, que tinha que ser realizado devido à importância no sentido de evitar complicações mais graves (Ent. 13).

O pré-natal consiste no acompanhamento feito às gestantes desde a descoberta da gravidez até o momento do parto. Ele é de extrema importância para garantia de uma gestação e parto saudável, visto que a gravidez é um período de mudanças fisiológicas e psicológicas que requer atenção e deve ser acompanhada pelos serviços de saúde. Durante esse processo, a mulher deverá ter atenção integral e humanizada, com o intuito de identificar qualquer problema que surja e possa colocar em risco a integridade da gestante e do feto, diminuindo assim os casos de óbitos maternos fetais (BRASIL, 2012b). Diante disto, qualquer condição que tenha a possibilidade de trazer complicações para a vida da gestante e da criança devem ser tratadas com atenção, como no caso da pandemia de COVID-19, onde as gestantes encontravam-se no grupo de risco, podendo ter complicações graves, com grande número de óbitos, caso ocorresse o contágio pela doença (SANTANA *et al.*, 2021).

Assim, o aumento da morbimortalidade das gestantes no Brasil, durante a pandemia já vem sendo um motivo de preocupação para as autoridades de saúde, visto que estudos demonstram que a cada 10 mortes maternas por COVID-19 no mundo, 8 aconteceram no Brasil,

fato que vem sendo associado à falha na assistência a essas mulheres incluindo o período do pré-natal (SANTANA *et al.*, 2021). A adoção de protocolos restritos que limitem o acesso aos atendimentos pode ser um dos fatores que levaram a esse cenário tão preocupante. Medidas como um maior espaçamento das consultas, suspensão de serviços diagnósticos, a orientação de isolamento, e o próprio medo das pacientes em procurar os serviços de saúde quando apresenta algum sintoma, estiveram presentes nas rotinas de diversos locais (SILVA *et al.*, 2021).

No entanto, apesar dessas medidas restritivas, alguns cuidados na assistência a essas mulheres foi intensificado com o objetivo de diminuir os riscos para as gestantes como a obrigatoriedade no uso das máscaras e outros EPI's, as consultas de teleatendimento sempre que possível, acompanhamento e testagem para pacientes suspeitas, consultas com horário marcado, evitando aglomeração (BRASIL, 2021a).

Além dos profissionais de enfermagem, outros profissionais de saúde também tiveram seus atendimentos alterados pelo contexto da pandemia, tendo que modificar seus processos de trabalho e inserir novas estratégias para permitir que a assistência chegasse aos usuários, como foi o caso dos serviços odontológicos. Os profissionais de odontologia têm contato direto com a cavidade oral e os aerossóis, o que aumenta o risco de contágio pela COVID-19 quando exercem a assistência. Logo, a manutenção do seu trabalho dependeu da implantação de inúmeras normas estabelecidas visando a proteção dos profissionais e também dos usuários. Assim, os municípios tiveram que se adequar, reorganizando os fluxos e fornecendo equipamentos de proteção necessários para a garantia do cuidado. Diante disso, inicialmente, a odontologia foi um dos serviços mais prejudicados (NÓBREGA *et al.*, 2021).

Inicialmente, os odontólogos que atuam em São Gonçalo dos Campos-BA ficaram afastados da atuação clínica diária, e, muitas vezes, foram deslocados para auxiliarem em outros setores durante a pandemia, como as barreiras sanitárias e as testagens na secretaria de saúde do município. Num segundo momento, visto a necessidade do serviço, a comunidade obteve acesso a assistência odontológica apenas em caso de emergência, no tratamento da dor. Como fica nítido na fala a seguir.

Cumprindo as regras de isolamento, de isolamento não, as regras de prevenção. Consultas no caso de extrema necessidade. Com o dentista, então, esse atendimento foi suspenso. Aí depois quando começaram a controlar mais, ficou um posto atendendo todo o município, ficou como se fosse uma escala. De urgência (Ent. 4).

Assim, foi destinada uma unidade localizada na sede para assistência odontológica apenas de emergência, com os profissionais se revezando entre eles para cumprir essa rotina.

Quem vivenciou essa realidade, pode também identificar a dificuldade do acesso relacionado às distâncias percorridas pelo usuário para chegar a esse atendimento, afetando principalmente os moradores da zona rural que não possuíam o serviço nas suas áreas de cobertura. Além disso, o serviço de odontologia foi um dos primeiros serviços a parar e o último a retornar.

Principalmente no setor odontológico, as estratégias foram, a gente centralizar uma unidade, um consultório odontológico, numa unidade mais central. Esse atendimento era feito um rodízio onde os profissionais, em rodízio atendiam pacientes de urgência (Ent. 7).

Foi feito um rodízio entre os profissionais e alguns ficavam atendendo pacientes que chegavam mais com dor. Paciente apenas procurava na emergência, tratava a dor e liberava. Como os atendimentos foram suspensos, nós fomos atuar nas barreiras sanitárias (Ent. 10).

Quando são discutidas as estratégias criadas pelo município de São Gonçalo dos Campos-BA para possibilitar o acesso dos usuários aos serviços da APS no contexto da pandemia da COVID-19, torna-se importante destacar não apenas a atuação dos trabalhadores de saúde ligados diretamente à assistência, como médicos, enfermeiros, odontólogos, ACS, técnicos de enfermagem, mas também, o trabalho daqueles que atuam no controle, nas notificações, fiscalização e orientação da população e das equipes de saúde. Como é o caso da importância do trabalho desenvolvido pela ação conjunta da APS com a vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

De acordo com Prado e colaboradores (2021), tal como aconteceu em outros surtos, controlar uma pandemia depende da detecção precoce dos casos e de seus contatos, implantando medidas de isolamento com o objetivo de interromper o ciclo de transmissão. Então, uma vigilância em saúde eficiente tem sido fundamental para controlar a disseminação da doença e orientar as medidas necessárias para prevenção.

Com a expansão da pandemia e a incapacidade inicial de detectar e rastrear contatos para sua contenção, além de uma consequente flexibilização segura do isolamento social, a articulação entre vigilância em saúde pública e a APS constituiu-se em uma estratégia para garantir apoio técnico, operacional e logístico, bem como a provisão de recursos necessários para implementar e desenvolver a base de um novo *modus operandi*, favorecendo maior participação social, otimização do uso dos equipamentos sociais e um processo eficaz de contenção da transmissão comunitária da COVID-19 (PRADO et al., 2021, p.28440).

No município de São Gonçalo dos Campos-BA, conforme os trabalhadores entrevistados, foi possível perceber a intensificação do papel dessas vigilâncias com a própria elaboração do Plano de Contingência que norteou a atuação dos trabalhadores de saúde e

número de telefone disponibilizado para o contato imediato com a equipe de Vigilância Epidemiológica, utilizado para orientação dos trabalhadores de saúde e população como um todo, além do acompanhamento dos casos. E ainda, o papel desempenhado pela equipe de imunização, quando houve a necessidade de articular a vacinação da COVID-19 com as rotinas estabelecidas nas Unidades de Saúde da Família, após um ano de pandemia.

Nós elaboramos alguns instrumentos para que facilitasse o contato da vigilância sanitária aos regulados e a própria população. A implantação dos serviços por exemplo de denúncia, e orientação via telefone, via what app, elaboração de alguns formulários (Ent. 06).

Tinha um telefone de contato lá na central do COVID, onde as pessoas entravam em contato e a gente saía em equipe para ir fazer coleta de material, acompanhava os casos confirmados e dava orientações (Ent. 07).

A vacina chegou dia 16 de janeiro, e assim, a gente precisava organizar as unidades, e aí vieram os cronogramas, que era a unidade de referência. A gente tinha uma unidade que nesse momento era a mais procurada. Foi um trabalho conjunto entre a vigilância epidemiológica, a atenção básica, as equipes das USF (Ent. 17).

Já a Vigilância Sanitária desempenhou suas funções fiscalizando e orientando a população, principalmente no comércio local, quanto às medidas sanitárias necessárias para prevenção da disseminação da doença, e organizou seus serviços através da criação de estratégias de modo a manter o contato com os usuários sem aumentar o risco de contaminação, como é apresentado na fala do entrevistado a seguir.

Então a gente tentou criar alguma forma para que pudéssemos ter o atendimento à população sem ela precisar se dirigir até o setor, até por que ao setor da vigilância sanitária está dentro da secretaria de saúde, mesmo a mesma não sendo estabelecimento de saúde, mas a secretaria de saúde é um local de alta movimentação, e muitas pessoas pensam, ou na verdade tem a ideia que é um foco também de contaminação ou de um ambiente insalubre (Ent. 6).

Diante das orientações e mudanças de rotina, um novo questionamento surge a respeito da garantia do atendimento às comunidades. Se com as restrições nos atendimentos, e o foco voltado para o controle da pandemia, foi possível garantir o acesso dos usuários aos serviços da APS. E a partir desse questionamento, falas divergentes surgiram entre os trabalhadores de saúde entrevistados.

O município daqui só utilizou uns “cards” informativos para informar aos pacientes que nós estávamos na pandemia, mas o acesso continuava e eles poderiam vim a unidade para trocar receita, para fazer acompanhamento médico, mas cumprindo as regras de isolamento, de isolamento não, as regras de prevenção né? Consultas no caso de extrema necessidade (Ent. 4).

Eu lembro que quando a pandemia estava ali naquele boom, naquele ápice, aí a preocupação que se via aqui relacionado a saúde do município era fazer algo no sentido dar uma resposta aquela situação da pandemia, como criada aquelas barreiras, **mas uma preocupação realmente pensando naquelas pessoas que logicamente necessitavam de acesso, mesmo diante da pandemia, ter acesso aos serviços básicos de saúde, eu não me recordo, dessas estratégias serem implementadas** (Ent. 8).

Ao analisar a experiência trazida pelos participantes da pesquisa através das suas falas, é possível reconhecer o esforço dos trabalhadores da APS envolvidos, para garantir que a assistência chegasse aos usuários, respeitando as orientações sanitárias e levando em consideração as preocupações referentes ao distanciamento e isolamento social para controle da pandemia. Em um contexto tão complexo, a capacidade de reorganização e reconstrução dos processos de trabalho foi condição basilar para atravessar tantos desafios na tentativa de que o acesso aos serviços da APS não fosse prejudicado, ou que seu prejuízo não atingisse patamar capaz de alterar de modo preocupante as condições de saúde da população do município de São Gonçalo dos Campos-BA.

A figura 3 apresentada a seguir, consegue retratar de forma simplificada, a partir do que é trazido pela pesquisa, os principais pontos de mudanças estabelecidas para dar continuidade aos serviços da APS durante a pandemia da COVID-19, no município de São Gonçalo dos Campos-BA. Além de fortalecer a ideia de trabalho em equipe, onde todos esses pontos estão interligados com o propósito de manter o acesso dos usuários aos serviços e a manutenção da assistência.

**Figura 3** – Pontos estratégicos para adoção de novas rotinas na APS durante a pandemia da COVID-19



Fonte: Próprio autor (2023)

Assim, um novo cenário se conformou para todos os trabalhadores da APS que atuaram durante a pandemia. É possível dizer que a emergência sanitária ainda se faz presente, mas quando se olha o processo vivenciado pelos envolvidos, é notório que hoje são colhidos os frutos das decisões tomadas no surgimento da COVID-19, ainda no ano de 2020. Alguns frutos positivos e outros negativos, mas todos com importância na aquisição de experiências no caso do surgimento de problemas futuros.

Em relação às estratégias criadas pelo município de São Gonçalo dos Campos-BA, muitas se fazem presentes até o momento, como a utilização do uso das máscaras, diminuição do fluxo de pacientes nas unidades, testagem nas unidades de saúde, no intuito de manter a assistência de uma forma segura. Dentre as entrevistas realizadas, uma estratégia que surgiu nos discursos dos diferentes trabalhadores e que requer uma atenção, não por se tratar de medidas de garantia de acesso, mas por trazer uma nova atuação para os agentes envolvidos no combate a pandemia, é a atuação nas barreiras sanitárias. Assim, justifica-se separá-la em uma

subcategoria, com o objetivo de dar significado às falas dos entrevistados quando muitos trazem que foram retirados do seu campo de trabalho para atuarem nas barreiras sanitárias durante o período inicial da pandemia da COVID-19.

### **5.2.1 Barreiras Sanitária**

Um dos fatores associados à disseminação da COVID-19 está relacionado à mobilidade humana, principalmente dos casos assintomáticos da doença. Assim, é possível destacar dois tipos de mobilidade: a de pequena distância, que corresponde a movimentação de atividades diárias num município, e as de grande distância, que ocorrem entre municípios, estados e países. Levando em consideração o ponto de vista epidemiológico, a primeira está relacionada ao contágio e a segunda à disseminação (MARTINS *et al.*, 2021).

Partindo do pressuposto que a COVID-19 é uma doença de alta transmissibilidade e com a alta mortalidade relacionada a este agravo, o cenário epidemiológico que se formou fez surgir a necessidade de quarentena, isolamento social e restrição da mobilidade na maioria dos municípios do estado da Bahia (MARTINS *et al.*, 2021). Assim, ações como barreiras sanitárias restritivas para evitar que o vírus entrasse nos municípios e intensificação das medidas preventivas como distanciamento, uso de máscaras e práticas de higiene pessoal fizeram parte da rotina dos moradores de muitas cidades ao longo do território brasileiro (MARTINS *et al.*, 2021).

Em alguns lugares, principalmente onde havia um intenso turismo, as barreiras sanitárias tiveram um propósito mais restritivo, impedindo a entrada de visitantes nos locais, permitindo apenas a passagem de moradores. Porém, muitas dessas atividades tiveram apenas um foco educativo, não impedindo o deslocamento, mas parando os motoristas e pedestres para orientar quanto aos riscos da pandemia, a necessidade da utilização das máscaras e algumas vezes realizara aferição de temperatura (JUNIOR, 2021).

No município de São Gonçalo dos Campos-BA, muitas pessoas se deslocam diariamente, especialmente trabalhadores que moram em cidades vizinhas. Ou fazem o percurso inverso se deslocando para trabalhar, estudar e buscar outros serviços nas outras cidades, principalmente em Feira de Santana, que consiste numa cidade maior, com mais recurso e muito próxima a São Gonçalo dos Campos-BA.

Assim, como foi relatado pelos entrevistados, ou seja, das 17 entrevistas realizadas pelo menos metade desses trabalhadores informaram ter trabalhado nas barreiras, muitos deles tiveram seus serviços suspensos e foram deslocados para auxiliarem nessa atividade. As

barreiras sanitárias aconteciam diariamente, nas três entradas principais do município, e tinham como objetivo aferir a temperatura, o nível de saturação de oxigênio, em busca de casos assintomáticos, mas que tivessem alteração desses sinais vitais. Quando surgia alguma alteração, o paciente era encaminhado para a unidade hospitalar. Além disso, as barreiras eram utilizadas como pontos estratégicos para a educação em saúde, orientando a comunidade quanto a necessidade de manter o distanciamento, o isolamento social e a utilização das máscaras.

É tanto que a gente ficou fazendo rodízio de dentistas e os demais profissionais a gente deslocou para as barreiras sanitárias. Quem deu a maior ajuda nas barreiras sanitárias foram os profissionais da odontologia, tanto ASB's quanto os dentistas (Ent. 7).

Particpei das barreiras sanitárias, achei que estava ali para o que desse e viesse, me protegendo do jeito como eu poderia (Ent. 9).

Como os atendimentos foram suspensos, nós fomos atuar nas barreiras sanitárias (Ent. 10).

E a gente foi realocado para dar suporte a secretaria de saúde, em outros serviços como a barreira sanitária. Então fomos deslocados do nosso setor para prestar suporte à secretaria de saúde nesse sentido de barreiras sanitárias (Ent. 12).

Tendo as Barreiras Sanitárias como ferramenta para levar informação à comunidade a respeito das medidas de prevenção e controle da pandemia, torna-se relevante discutir a importância da educação em saúde e como esta atuação sempre foi um dos grandes desafios da Saúde Pública. Levar conhecimento à comunidade é uma prática necessária visando uma melhoria nas condições de saúde, porém requer dos profissionais conhecimento técnico e de educação para que a informação chegue da melhor forma possível e seja também aceita e absorvida pela população (PALACIO e TAKENAMI, 2020).

Em tempos de pandemia da COVID-19 esse desafio se fez ainda maior, pois os trabalhadores da saúde envolvidos no processo tiveram que lidar com a disseminação de muitas informações falsas que dificultavam o trabalho e levavam a população a questionarem todo tipo de orientação que era dada. Além disso, atualmente, é vivenciado um contexto onde a rapidez com que as informações circulam pode ser favorável na disseminação do que é verdadeiro e útil a comunidade mas, pode ser muito prejudicial quando aquilo que é transmitido não condiz com a realidade (PALACIO e TAKENAMI, 2020).

É importante ressaltar que mesmo estando a atuação nas barreiras sanitárias em quase todos os discursos como oportunidade de orientar as pessoas e identificar casos suspeitos, nem sempre ela foi vista como uma estratégia positiva que tenha trazido importantes resultados no enfrentamento da pandemia, ou que tenha garantido algum tipo de acesso aos usuários. Pois,

apesar do trabalho, por um tempo, foi acompanhado o aumento dos casos de forma descontrolada e o aumento também dos óbitos.

A estratégia que eu me lembre, logo no primeiro início, que ficou assim bem marcada para mim, quanto profissional, foram as barreiras, mas que na verdade não tem... Eu não vejo como ampliação do acesso regular do cidadão a APS. As barreiras aconteceram não por muito tempo, também não sei dizer exatamente quanto tempo foi... (Ent. 1).

...fazíamos parte da barreira sanitária e por conta disso, a gente não tinha como estar dando assistência nas unidades de saúde a esses usuários. Sinceramente não vejo como algo que tenha sido positivo não, a atuação nas barreiras. Não veio a agregar não (Ent. 3).

Nas barreiras a única orientação é que deveriam parar, ver temperatura, perguntar de onde veio, e pronto (Ent. 5).

Um estudo realizado por Ferreira (2020) traz o questionamento sobre a eficácia das barreiras sanitárias restritivas no controle da pandemia da COVID-19. Ele afirma que a atuação nessas barreiras envolve esforços muito grandes dos trabalhadores de saúde, que no contexto atual já se encontram sobrecarregados. Além disso, são restrições à liberdade de ir e vir do cidadão. Através de cálculos matemáticos utilizados pelo autor, ele ainda afirma que a estratégia mais eficaz, capaz de evitar um surto, seria o confinamento por longo período num município, porém poderia causar outros problemas de ordem econômica e social.

Mesmo trazendo esses dois trabalhos para contextualizar as barreiras sanitárias no período da pandemia, é importante ressaltar a limitação de se aprofundar o conteúdo por falta de material suficiente na literatura que pode estar associada ao fato de se tratar de um tema novo que requer maiores investigações que possibilite afirmar ou não a eficiência dessa estratégia no controle de um surto de doença altamente transmissível.

No caso de São Gonçalo dos Campos-BA, mesmo com as barreiras sanitárias tendo um foco educativo e não restritivo, é possível perceber que sua dinâmica não trouxe grandes resultados, o que fez com que essa estratégia ficasse limitada apenas ao primeiro momento da pandemia. Além disso, traz a reflexão se a educação em saúde não poderia ter sido realizada de outras formas, até mesmo mais eficazes e menos desgastante para os profissionais envolvidos.

### 5.3 CAPACITAÇÃO E INSERÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NAS AÇÕES E SERVIÇOS DA APS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

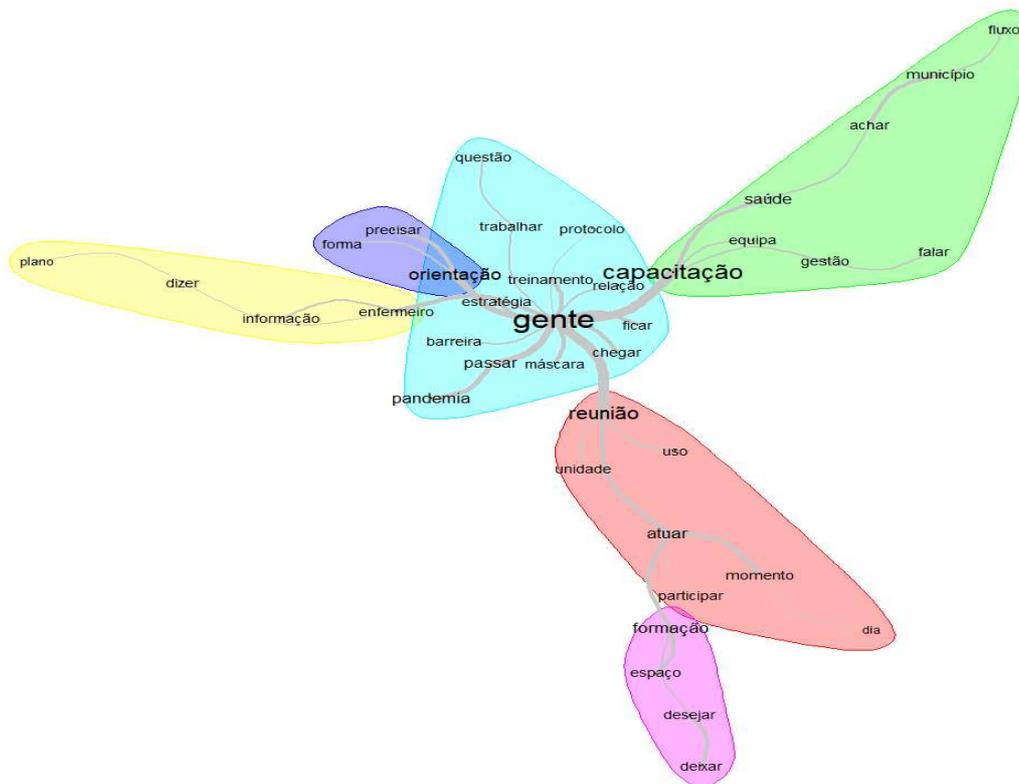
A educação permanente em saúde é um tema que vem sendo tratado desde a divulgação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004, e se refere a

necessidade de capacitar os trabalhadores da saúde para um melhor desempenho das suas funções nos ambientes de trabalho, proporcionando uma melhor qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2018b).

Num contexto tão complexo como o que se configurou durante a pandemia da COVID-19, a necessidade de capacitação desses trabalhadores se fez mais emergente, visto que se tratava de uma doença até então desconhecida, que se espalhou de forma rápida por todos os continentes, com alto número de óbitos e que exigiu grandes mudanças no comportamento de toda população mundial e uma reorganização dos processos de trabalho no intuito de controlar a pandemia (SANTOS *et al.*, 2021).

As ações desenvolvidas pelo município de São Gonçalo dos Campos/BA para capacitar os trabalhadores de saúde no intuito de atuarem durante a pandemia da COVID-19 foram analisadas a partir do desenho da árvore da similitude (Figura 4), que, com a associação dos termos presentes nas falas dos entrevistados possibilita contextualizar os pontos principais da percepção desses trabalhadores a respeito dessa categoria.

**Figura 4** - Árvore de similitude sobre as ações desenvolvidas para capacitar e inserir os trabalhadores de saúde nas ações e serviços da APS durante a pandemia da COVID-19



Fonte: Próprio autor (2023)

Na árvore apresentada chama atenção a presença de 4 palavras principais: gente, capacitação, reunião e orientação. Como na categoria anterior, a palavra **gente** surge dando um caráter coletivo às falas dos entrevistados, através da expressão “a gente”, trazendo a capacitação como uma necessidade de todos diante de uma doença nova que estava causando grandes prejuízos à saúde de forma geral.

A **gente** teve que se capacitar primeiro como uso da máscara... A **gente** teve que aprender com o tempo por que a gente ficou muito preocupado... Apesar de que teve palestras, como se prevenir da COVID (Ent. 02).

Além das portarias que eram publicadas quase semanalmente, direto pelo ministério da saúde, também a gente fazia palestras, cursos online, a **gente** tinha acesso a tudo isso e capacitação também. Foi através da evolução da doença que se foi mudando, portarias, protocolos, e a **gente** sempre estava tendo acesso a isso para poder desenvolver o atendimento, né (Ent. 07).

Eu acho que a formação ela tem que ser pensada pela rede de saúde do município né, tem que ser uma formação coletiva dos profissionais (Ent. 08).

Percorrendo as raízes da árvore da similitude (Figura 3) surge uma outra palavra em destaque, **capacitação**, e, associada a esta, os termos saúde e gestão. Assim, o processo de capacitação em saúde é visto como uma necessidade a ser desenvolvida pela gestão, principalmente nesse período tão difícil, onde várias mudanças foram ser adotadas nas rotinas de trabalho dos entrevistados. Porém, como é trazida nas falas abaixo, os trabalhadores de saúde que atuaram nos serviços da APS do município de São Gonçalo dos Campos-BA durante a pandemia, consideraram, apesar de existentes, insuficiente esses momentos de capacitação propostos pelo município.

E muitas vezes os profissionais estavam trabalhando muito mais pelos seus próprios ou por que buscava por estar dentro do serviço de saúde, do que pela própria **capacitação** da gestão. Então, nós tivemos, eu digo de maneira bem sincera, nós tivemos apenas dois treinamentos distintamente sobre COVID, sobre manejo, para atuar dentro desse período da pandemia (Ent. 06).

Para atuar no COVID teve uma reunião geral com a gente da saúde, todo mundo junto, teve uma reunião de uma hora de relógio. Isso eu não considero **capacitação**, eu considero uma reunião informativa (Ent. 14).

A palavra **reunião** aparece associada a palavras como unidade, atuar, participar, formação, espaço. Sendo assim, emerge a ideia de reuniões como espaço de formação para possibilitar a capacitação dos trabalhadores de saúde para atuarem na APS durante o período da pandemia da COVID-19. Essa ideia pode ser identificada tanta no discurso de um dos gestores entrevistados:

A gente tentou através da **reunião** ir trazendo os temas, ir trabalhando as unidades, principalmente algumas questões que eram importantíssimas o uso dos equipamentos de proteção individual, que a gente viu que muitos profissionais até não conheciam (Ent. 17).

Como também do trabalhador de saúde:

Eu lembro que foi ventilado um espaço de formação para as pessoas que ia atuar na linha de frente da COVID, né. Me parece que chegou a ter uma **reunião** no espaço mas, não foram com todos os profissionais (Ent. 08).

Já a palavra **orientação** vem no contexto das informações que eram transmitidas aos trabalhadores para continuarem atuando nas suas áreas visto que tratava-se de uma doença nova e todos precisavam ser constantemente atualizados quanto ao tema.

Como eu falei antes, houve apenas a liberação de um protocolo. Um mini protocolo que eles liberaram para as equipes no sentido de fornecerem algumas **orientações**, com relação a marcação de consultas, usos de EPI's, distanciamento social (Ent. 11).

Na figura 5, apresentada logo em seguida, é possível visualizar um recorte de uma nuvem de palavras que traz os termos mais incidentes quando os entrevistados foram questionados quanto às ações desenvolvidas pelo município para capacitar e inserir os trabalhadores de saúde nas ações e serviços da APS durante a pandemia da COVID-19. Dentre essas palavras destaca-se gente em sua posição central associada a reunião, capacitação, formação, orientação, pandemia. O que reitera a importância das ações de educação permanente, de forma coletiva, que pode se configurar através de reuniões, capacitações e/ou orientações que auxiliem os trabalhadores na formação, visando sua atuação durante a pandemia da COVID-19.

**Figura 5** - Nuvem de palavras sobre a compreensão dos trabalhadores sobre as ações desenvolvidas para capacitar e inserir os trabalhadores de saúde nas ações e serviços da APS durante a pandemia da COVID-19



Fonte: Próprio autor (2023)

Assim, os profissionais da área da saúde foram desafiados a darem respostas rápidas e se capacitarem para atuar num contexto até então desconhecido. As diferentes manifestações e evoluções da doença trouxeram a necessidade de um conhecimento diariamente atualizado, dificultando as tomadas de decisões e fazendo com que o mundo voltasse seu olhar para todas as pesquisas desenvolvidas na esperança do surgimento de uma ferramenta nova que pudesse ser utilizada para conter a pandemia, tratar a doença, diminuir os casos de óbito. Esperança que surgisse um medicamento eficaz, vacinas e medidas preventivas que ajudassem aqueles que se encontravam na linha de frente da COVID (SANTOS *et al.*, 2021).

Então, diariamente eram divulgadas orientações vindas das autoridades sanitárias no intuito de conduzir da melhor forma a atuação daqueles trabalhadores que se encontravam na ponta, lidando diretamente com o problema. A medida que as informações eram transmitidas, dava condição para que os municípios preparassem seus profissionais, e até mesmo para que esses profissionais buscassem se atualizar, visando um melhor desempenho na capacidade de se proteger e prestar assistência aos doentes (SANTOS *et al.*, 2021).

Além das portarias que eram publicadas quase semanalmente, direto pelo ministério da saúde, também a gente fazia palestras, cursos online, a gente tinha acesso a tudo isso e capacitação também. Foi através da evolução da doença que se foi mudando, portarias, protocolos, e a gente sempre estava tendo acesso a isso para poder desenvolver o atendimento, né (Ent. 7).

Em São Gonçalo dos Campos, como demonstrada na categoria anterior, estratégias foram inseridas na rotina dos trabalhadores de saúde que atuavam na Atenção Básica no período da pandemia. E para que essas rotinas tivessem eficácia no controle da pandemia e na garantia de que os usuários mantivessem seu acesso aos serviços disponibilizados, o município precisou identificar a melhor forma de capacitar e inserir esses trabalhadores nessa nova forma de exercer suas funções.

A gente teve que se capacitar primeiro com uso da máscara (Ent. 2).

Como eu falei antes, houve a liberação de um protocolo. Um mini protocolo que eles liberaram para as equipes no sentido de fornecerem algumas orientações, com relação a marcação de consultas, usos de EPI's, distanciamento social (Ent. 11).

A gente tentou através das reunião ir trazendo os temas, ir trabalhando as unidades, principalmente algumas questões que eram importantíssimas o uso dos equipamentos de proteção individual, que a gente viu que muitos profissionais até não conheciam (Ent. 17).

Segundo descrito pelos trabalhadores entrevistados, inicialmente, quando divulgado o Plano de Contingência do Município, foi realizada uma reunião numa área aberta pertencente a uma escola, com todos os trabalhadores que atuavam na Atenção Básica para apresentação das medidas de contenção que seriam adotadas pelo município, a partir daquele momento e orientação das novas práticas de trabalho que deveriam fazer parte das Unidades de Saúde da Família.

Para atuar no COVID teve uma reunião geral com agente de saúde, todo mundo junto, teve uma reunião de uma hora de relógio (Ent. 14).

Antes da pandemia a gente não era orientado a usar máscara, ai depois da pandemia tivemos uma capacitação, fez uma reunião e passou as orientações para a gente, o que era que realmente estava acontecendo, o risco que a gente estava correndo, os cuidados que tínhamos que ter aqui e ao chegar em nossa casa também (Ent. 15).

Logo no início da pandemia nós tivemos uma reunião lá no colégio Polivalente. Que foi reunido todos os ACS e ACE para orientação a gravidade que era o COVID 19, a gente passou por essa capacitação (Ent. 16).

Reconhecendo a APS, com o trabalho das Unidades de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, como porta de entrada no serviço e pilar para reorganização do modelo assistencial no Brasil, é imperativo que os profissionais ali atuantes passem por processos de capacitação, promovendo diálogos e reflexões afim de transformar as práticas de saúde (BRASIL, 2018b). A partir da inserção de estratégias visando garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde da APS, isso só seria possível diante do adequado preparo dos trabalhadores para atuarem nesse novo contexto. Logo, dentro das próprias unidades surge a necessidade de atualizações diárias desenvolvidas principalmente pelos profissionais de enfermagem, que traziam informações e atualizações sobre o desenvolvimento de medidas para controle e prevenção da pandemia.

Durante a pandemia foi bastante capacitação, nossa como enfermagem, passar as informações para equipe, né. O que é que precisa, como se proteger, o que precisa usar, as orientações que eram para ser dadas aos pacientes, o que fazer, a forma de limpar a unidade, de fazer a limpeza. Higienização. Reuniões periódicas, capacitações, com a equipe (Ent. 4).

Toda orientação que a gente tinha era, quando chegava na UBS pela nossa enfermeira que a gente tirava dúvida, pela televisão, pesquisas nossas mesmo, e o dia a dia. A convivência do dia a dia que a gente ia aprendendo (Ent. 9)

Teve algumas reuniões, alguns treinamentos com enfermeiros. Elas passavam informações para os enfermeiros, para os enfermeiros passarem para a gente (Ent. 14).

No decorrer das entrevistas, quando trazido o tema das capacitações dos trabalhadores de saúde para inserção no contexto da pandemia, visando garantir o acesso dos usuários aos serviços da APS, um conteúdo chamou a atenção e merece um foco maior na discussão. Mesmo entendendo a apresentação do Plano de Contingência como uma proposta de educação em serviço, elaborado pelo município e passado para os trabalhadores numa reunião coletiva para orientação da atuação no período da pandemia, dos 17 trabalhadores entrevistados, 16 deles relataram a ausência de capacitações periódicas por parte da gestão e/ou a ineficiência das orientações para dar condição a estes atuarem num momento tão difícil para todos.

Esse foi um quesito que eu acredito que foi mais onde deixou a desejar. Mas no decorrer do tempo a gente não teve uma estratégia para inserção. A gente não teve capacitação para atuar nesse momento pandêmico. Que eu me recorde não tivemos reunião para tratar de capacitação dos trabalhadores. Nem via whatsapp, nem via grupo. Eu não me recorde (Ent. 1).

Nós não tivemos, infelizmente não tivemos. De capacitação por parte da gestão, nenhuma reunião, nada. Nem sequer explicando sobre o uso dos EPI's, né. Mas não houve nenhum tipo de capacitação não (Ent. 5).

Poderia até ter trabalhado a questão de biossegurança, aumentar a capacidade do entendimento da gente da segurança dentro daquele novo contexto que era tudo muito novo. Mas não teve capacitação, estratégia. A gente ficou muito solto. Não teve capacitação, os pacientes foram prejudicados (Ent. 10).

Esse momento das entrevistas que traz nas falas a afirmação da insuficiência e, até mesmo, inexistência de um trabalho de capacitações periódicas para que os trabalhadores de saúde se sentissem aptos a atuarem na linha de frente durante a pandemia, se configura mais a frente como ponto de dificuldade a ser trabalhado na próxima categoria. É importante relatar a entonação e expressões faciais trazidas pelos entrevistados quando tratado este tema o que pode retratar o medo e a insegurança de atuarem durante a COVID-19, pelo entendimento de estarem lidando com algo novo e desconhecido, que estava causando graves problemas para a saúde de todos.

Ao invés dessas capacitações periódicas com participação dos trabalhadores de saúde, as orientações divulgadas diariamente pelo Ministério da Saúde, eram transmitidas para os profissionais de nível superior, principalmente os enfermeiros(as), e essas informações chegavam até as unidades através destes profissionais. O que acabou sendo visto pelos envolvidos como algo negativo, pois acreditavam que deveriam ser disponibilizados espaços de discussões, possibilitando as capacitações de forma coletiva, proporcionando uma troca de experiência e compartilhamento melhor das informações.

Teve algumas reuniões, alguns treinamentos com enfermeiros. Eu achei falho em relação a técnico por que a gente ficava muito recebendo informações terceirizadas, um exemplo. Elas passavam informações para os enfermeiros, para os enfermeiros passarem para a gente (Ent. 14).

Além disso, tal fato se contrapõe ao que é trazido pela literatura quando coloca a capacitação como um pilar importante uma vez que envolve a interdisciplinaridade, permitindo uma troca de saberes e melhorando os resultados em saúde (SANTOS et al., 2021).

Então, dentro desse cenário que se formou, foi possível visualizar a necessidade que cada profissional tinha de se capacitar por conta própria, buscando conhecimento e informações que ajudassem sua prática diária.

E muitas vezes os profissionais estavam trabalhando muito mais pelos seus próprios ou por que buscava por estar dentro do serviço de saúde, do que pela própria capacitação da gestão. Então, nós tivemos, eu digo de maneira bem sincera, nós tivemos apenas dois treinamentos distintamente sobre COVID, sobre manejo, para atuar dentro desse período da pandemia (Ent. 6).

E logo no passar do tempo a gente foi procurando se informar por conta própria, a gente se aprofundou em relação a pandemia e através também dos jornais, televisão, internet, a gente pesquisava muito, e chegamos a um certo conhecimento através disso (Ent. 16).

É possível afirmar que a capacitação dos trabalhadores de saúde está no centro das estratégias necessárias para dar uma resposta rápida em situação de emergência sanitária. E que essas capacitações precisam ter como população alvo não apenas os profissionais de assistência e de nível superior, mas também todos aqueles envolvidos que trabalham diretamente com os usuários, como recepção, higiene, portaria entre outros setores. Logo, a literatura demonstra que treinar os profissionais aumenta a capacidade de respostas positivas num contexto de desastres e emergências (SANTOS *et al.*,2021; SOARES E FONSECA,2020). Assim, o contexto vivenciado pelos trabalhadores de saúde do município de São Gonçalo dos Campos-BA, relatado através de suas falas, expõe a lacuna existente na preparação desses profissionais para atuarem durante a pandemia da COVID-19, e traz uma reflexão a respeito da necessidade de entender a saúde como algo dinâmico e incluir em suas rotinas atividades de educação permanente principalmente em situações de crise como o da pandemia.

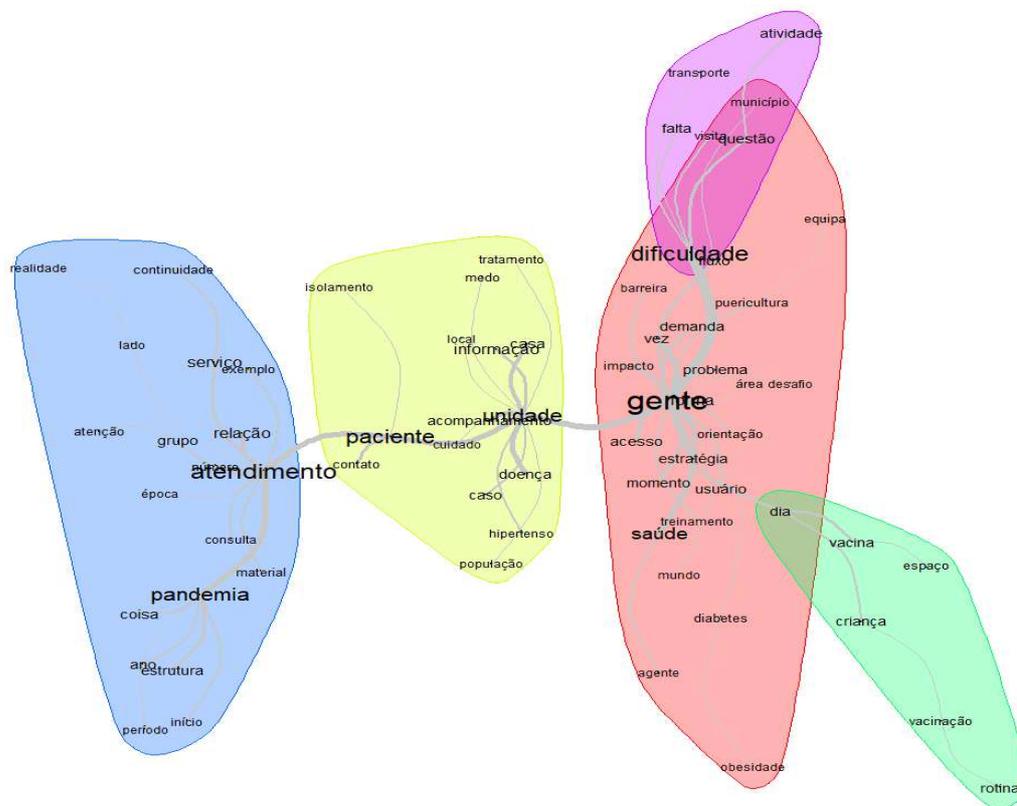
#### 5.4 DIFICULDADES/ FACILIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE PARA A REORGANIZAÇÃO DA APS

Nessa categoria são retratadas as dificuldades/ facilidades e desafios enfrentados pelos trabalhadores do município de São Gonçalo dos Campos-BA durante a pandemia da COVID-19, visando a garantia do acesso dos usuários aos serviços da APS. A partir das suas falas, mediante as entrevistas realizadas, é possível descrever as diferentes percepções dos trabalhadores a respeito desse tema e compartilhar as vivências destes no momento que foi considerado a maior tragédia sanitária da humanidade.

Trabalhar no SUS consiste em viver o desafio diário de atuar no maior sistema de saúde do mundo que sofre constantemente com a falta de investimentos, falta de recursos e falta de estrutura. Essas dificuldades tornaram-se mais evidentes durante a pandemia, visto que tratava-se de uma doença nova, de difícil controle que logo se espalhou por todos os continentes e ceifou inúmeras vidas, configurando uma enorme tragédia mundial (MARQUES e MENDES, 2002; AQUINO, 2020). Neste contexto, no município de São Gonçalo dos Campos-BA não foi diferente, visto que trata-se de um município pequeno que possui suas limitações dentro da área de saúde, agravado ainda mais pela crise causada pela pandemia da COVID-19.

Num primeiro momento de análise desta categoria, surge a configuração da árvore de similitude (Figura 6) associada as falas dos entrevistados, trazendo palavras que representam conceitos chaves que auxiliam na compreensão do que os trabalhadores de saúde relatam como principais dificuldades/ facilidades e desafios para atuarem nesse período.

**Figura 6** - Árvore de similitude sobre as dificuldades/ facilidades e desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde



Fonte: Próprio autor (2023)

De imediato, chama a atenção, mesmo nas palavras de menores destaque, a ausência do termo facilidade, ainda que este seja um dos pontos centrais da categoria. Assim, entende-se um maior foco nas dificuldades enfrentadas pelos entrevistados. Diante disto, é fácil perceber durante as entrevistas que as dificuldades e desafios acabaram se sobressaindo em relação às facilidades, o que configura um momento de difícil enfrentamento para todos os envolvidos, desde gestão, trabalhadores de saúde e usuários das ações e serviços de saúde.

Numa posição em destaque como nas outras categorias, surge o termo **gente**, e associada a este, nas raízes secundárias das árvores, palavras como **dificuldade, unidade, paciente, atendimento, pandemia**.

Nesse contexto, o termo **gente**, como indicador do trabalho em equipe, como já discutido nas outras categorias apresentadas, pode se configurar como uma facilidade, ou pelo menos algo positivo no sentido de todos estarem envolvidos no problema, buscando soluções

de forma coletiva, o que melhoraria o acesso dos usuários através do trabalho conjunto e das práticas colaborativas.

O trabalho em equipe na área da saúde é visto como ferramenta para melhorar o acesso dos usuários através da integralidade e universalidade da assistência. Uma equipe onde haja o engajamento de todos os envolvidos poderá favorecer as tomadas de decisões e o enfrentamento das dificuldades principalmente num cenário de crise, como foi o caso da pandemia da COVID-19 (GUIMARÃES e BRANCO, 2020). Esse engajamento e envolvimento dos trabalhadores podem ser percebidos, quando em suas falas, relatam a disponibilidade de atender a necessidade de serem remanejados das suas funções de origem para executarem outras atividades surgidas e necessárias mediante configuração do contexto pandêmico. Como por exemplo, a atuação nas barreiras sanitárias, que muitas vezes não era entendida como eficaz para controle da pandemia, mas fazia parte das atividades propostas pelo serviço, e os trabalhadores compreendiam a importância de se comprometerem com o que fosse necessário para ajudar.

...fazíamos parte da barreira sanitária e por conta disso, a gente não tinha como estar dando assistência nas unidades de saúde a esses usuários. (Ent. 03)

... a gente ficou fazendo rodízio de dentistas e os demais profissionais a gente deslocou para as barreiras sanitárias. Quem deu a maior ajuda nas barreiras sanitárias foram os profissionais da odontologia, tanto ASB's quanto os dentistas. (Ent. 07)

Particpei das barreiras sanitárias, achei que estava ali para o que desse e viesse, me protegendo do jeito como eu poderia. (Ent. 09)

E a gente foi relocado para dar suporte a secretaria de saúde, em outros serviços como a barreira sanitária. Então fomos deslocados do nosso setor para prestar suporte a secretaria de saúde nesse sentido de barreiras sanitária. (Ent. 12)

A palavra **dificuldade** segue ligada a termos como transporte, visita e atividade. O que retrata a questão das visitas aos pacientes e a manutenção das atividades desenvolvidas pelos profissionais como um grande desafio para aqueles que se encontravam trabalhando durante a pandemia, e, muitas vezes, com ligação direta a disponibilidade de transporte.

Acho que é isso, a maior dificuldade foi mesmo no transporte, para gente chegar até o ambiente, e frequentamos muito a zona rural. E o acesso não foi garantido justamente por que a gente tinha dificuldade de transporte. Raras as vezes a gente conseguia chegar nesse domicílio (Ent. 01).

É importante ressaltar que essa dificuldade ligada a questão do transporte apareceu mais nas falas dos entrevistados que dependem de deslocamentos para exercerem suas atividades, como a equipe multidisciplinar que realiza atendimento em todas as unidades, os profissionais

que apesar de estarem ligados a uma única unidade precisam se deslocar para prestarem assistência em postos satélites, principalmente na zona rural.

Durante as entrevistas, todos os participantes compartilharam um pouco das dificuldades enfrentadas no período da pandemia. Independente dos setores onde exerciam suas funções, os entrevistados tiveram que se reinventar para manter-se nos seus ambientes de trabalho e tentar ofertar, pelo menos, o mínimo de assistência necessária para manter as condições de saúde da população e diminuir os riscos causados pela doença.

Nas entrevistas com os gestores, ao serem questionados sobre as dificuldades que enfrentaram durante esse período, chama a atenção o relato da coordenação da Atenção Básica ao descrever que as dificuldades surgiram no momento em que precisou reorganizar os fluxos e os serviços para melhorar o acesso dos usuários, fazendo com que os atendimentos, até então suspensos, fossem retomados mesmo com um número reduzido e a dificuldade de resgatar dos profissionais o entendimento de que, independente do medo da pandemia, a atuação e envolvimento de todos era necessário para levar saúde para população.

Primeiro desafio foi entender os fluxos e rotinas e o que foi que foi organizado no município. Primeiro desafio foi esse. Como é que se deu o fluxo de organização, como é que se deu o agendamento, como é que se deu o atendimento a esses grupos específicos. Depois tentar voltar a um novo normal. Por que a gente estava enfrentando a pandemia mas a gente precisava ter um olhar para esses grupos que ficaram um pouco desassistidos na pandemia, tentar organizar novamente um fluxo de atendimento a gestantes, de atendimento as crianças, de acompanhamento da puericultura, de atendimento a hipertensos e idosos. Organizar os fluxos da atenção básica para prestar atendimento aos grupos específicos que ficaram desassistidos no início da pandemia e dar continuidade às demandas novas que estavam chegando, esse foi nosso maior desafio. (Ent. 17)

Ainda em referência a fala dos entrevistados que atuam na gestão do município, a Vigilância Sanitária enfrentou grandes dificuldades em manter esse contato com a população, visto que poucos procuravam o serviço com medo da contaminação, pois entendiam que a Secretaria de Saúde era ambiente insalubre, com grande risco de contágio pela COVID-19.

... a gente tentou criar alguma forma para que pudéssemos ter o atendimento à população sem ela precisar se dirigir até o setor, até por que o setor da vigilância sanitária está dentro da secretaria de saúde e muitas pessoas pensam, que é um foco também de contaminação ou de um ambiente insalubre. A gente observou um esvaziamento muito grande, tanto da unidade de saúde como também da possibilidade da gente acessar os domicílios pelo, por entender, muitas vezes, esses pacientes que nós éramos na verdade um veículo de contaminação. (Ent. 06)

No decorrer dos meses, as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores e gestores da saúde foram se transformando. Aquele medo inicial de adoecer, contaminar seus familiares e

agravar o quadro clínico permaneceu e permanece até a atualidade, porém sua intensidade foi diminuindo, principalmente após a vacinação, e foi dando espaço a outros desafios, como a retomada dos serviços.

Nesse momento foi preciso reorganizar os fluxos, manter os hábitos de higiene reforçados desde o princípio da pandemia, e voltar a atenção também para aqueles usuários portadores de doenças crônicas que se mantiveram distante das unidades e acabaram tendo a saúde comprometida por decorrência da falta de acompanhamento. Esse agravamento dessas condições de saúde da população foi identificada pelos profissionais e surgiram nos relatos durante as entrevistas:

... eu presenciei na verdade um aumento de obesidade, isso foi notório em todas as idades desde criança até idoso, mas principalmente adolescente e adultos teve uma procura muito grande e aumentou o nível de obesidade e de diabetes. Esse pessoal que ficou assim, sem esse atendimento especializado, então esses dois casos foram os piores. Obesidade e diabetes. (Ent. 03)

Eu acho, eu creio que hoje, 2022, nós tenhamos muitos pacientes que estejam de certa forma, o termo não é pagando, mas sofrendo as consequências, né, agora em 2022, de praticamente 2 anos por não ter conseguido ter uma continuidade da assistência em saúde durante o período da pandemia. (Ent. 06)

Ainda sobre a árvore de similitude, em posição de destaque aparece a palavra **unidade**, que ao percorrer a árvore (Figura 5) encontra as expressões **paciente** e **atendimento**. Com essa interligação desses termos, reiterada pelos discursos dos entrevistados, é possível entender os desafios trazidas pelas dificuldades de manter os atendimentos nas unidades, ou até mesmo retomá-los após o controle dos casos de COVID-19. Essas dificuldades nos atendimentos foram associadas a diversos fatores como problemas estruturais, o medo dos usuários comparecerem aos serviços, a desinformação, a não aceitação do uso de máscaras entre outros.

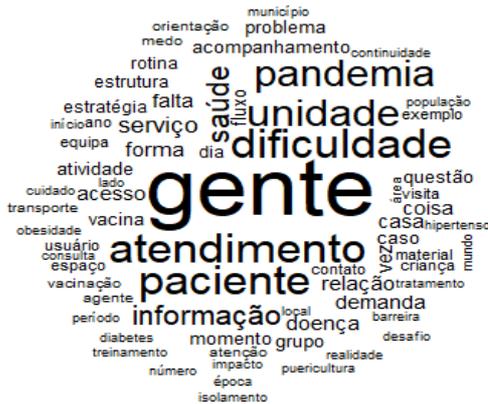
As dificuldades foram muitas por que teve que aprender a usar máscara, a gente não estava acostumado, não sabiam sobre a doenças e a gente tentava fazer uma estratégia para atender essas pessoas, por que o fluxo das unidades diminuiu bastante. (Ent. 02)

Nós tínhamos primeiro o paciente que ele se privava de ter contato com a equipe de saúde, por risco de contaminação... nós não tínhamos unidades preparadas no ponto de vista estrutural para atendimento dessas pessoas. Então eu acho que foi um dos maiores desafios que a gente enfrentou dentro desse período. (Ent. 06)

Já na configuração da nuvem de palavras (Figura 6) referente a esta categoria, a palavra **gente** permanece na posição central seguida de termos como **pandemia**, **dificuldade**, **unidade**, **atendimento**, **paciente**. Isso reafirma as dificuldades associadas ao atendimento dos pacientes nas unidades de saúde, como ponto principal dos relatos dos entrevistados. O desafio de

assegurar esse acesso e garantir que os usuários tivessem o mínimo de assistência necessária para diminuir os riscos de agravos a saúde.

**Figura 7** - Nuvem de palavras sobre a compreensão dos trabalhadores sobre as dificuldades/facilidades e desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde



Fonte: Próprio autor (2023)

A dimensão dessa tragédia foi vivenciada de várias formas, nas diferentes localidades e pelos inúmeros profissionais que atuaram na linha de frente no combate a essa doença. Em São Gonçalo dos Campos-BA, a partir do relato dos trabalhadores de saúde, foi possível perceber o sentimento de frustração ao lembrar das dificuldades enfrentadas e dos desafios encarados com o propósito de garantir assistência para toda comunidade que dependia desses serviços. Dos 17 entrevistados, no decorrer das entrevistas, a partir das questões que abordaram os diferentes aspectos da atuação dos trabalhadores, todos deram uma ênfase maior ao relatar as dificuldades apresentadas nas suas áreas específicas, o que demonstra uma grande interferência desse tema na rotina de serviço desses trabalhadores.

No primeiro momento pegou todo mundo de surpresa, a gente de fato não sabia qual era a melhor estratégia, qual a melhor forma de trabalhar, então estava todo mundo meio que tentando adivinhar a melhor forma e a melhor resposta (Ent. 3).

Os pacientes não vieram a unidade com receio, por causa da pandemia, e agora vêm as doenças. Os atendimentos foram interrompidos. A dificuldade maior dos pacientes terem acesso, era a falta de informação. (Ent. 4).

As dificuldades foram justamente essas. O corte abrupto em relação do paciente com o profissional, praticamente um ano em que muitas coisas não funcionavam mais. Aquilo que foi suspenso na época não retornou durante um bom tempo (Ent. 5).

Assim, a dificuldade que mais aparece nos discursos desses trabalhadores foi a dificuldade de manter o contato com o usuário por conta das orientações de isolamento e por falta de recursos tecnológicos que pudessem viabilizar o uso de atendimentos a distância. As consultas que foram suspensas como atendimento a hipertensos, diabéticos, puericulturas, consultas de enfermagem poderiam ter sido realizadas se esses recursos tivessem sido adotados pelo município, o que possibilitaria o acesso dos usuários aos serviços ofertados nas USF e até mesmo para o atendimento de algumas especialidades.

É importante deixar claro, como foi trazido na categoria anterior que relatava as estratégias criadas pelo município para garantir o acesso dos usuários aos serviços da APS, a disponibilidade de uma linha telefônica da equipe da vigilância epidemiológica para acompanhamento dos casos de COVID e orientações a comunidade. Porém, não houve a utilização de consultas on-lines o que foi visto como um grande desafio pelos trabalhadores que atuaram no contexto da pandemia.

Não foi disponibilizado nenhum tipo de ferramenta, por exemplo o atendimento online, ou um atendimento telepresencial, do usuário para com a equipe. Que poderia ter sido uma ferramenta, mas a gente não teve acesso a isso, e a atenção acabou sendo prejudicada mesmo (Ent. 11).

Aqui no município não teve a tecnologia da telemedicina, então realmente a procura para as especialidades de uma forma geral ficou inviável para eles, né? Alguma emergência era realmente a procura no hospital, a unidade hospitalar (Ent. 3).

Oh, o município não dispôs de nenhum tipo de tecnologia pra que os usuários mantivessem esse acesso. Simplesmente os usuários não tiveram mais o acesso. Não teve nenhum, nada de telemedicina, serviço telefônico, alguma coisa que pudesse manter esse contato né (Ent. 5).

Quando o trabalhador de saúde traz em suas falas as dificuldades de manter o acesso dos usuários aos serviços da APS, associando-as ao contato interrompido pela pandemia e pela necessidade de isolamento, e a não utilização de atendimentos a distância através da telemedicina, ele corrobora com o que é trazido pela literatura, que afirma a importância desses recursos para manutenção da assistência aos usuários no contexto da pandemia (SOUZA *et al.*, 2020). E assim, a pesquisa retoma exemplos anteriormente citados que demonstram a importância dessas tecnologias nas rotinas dos trabalhadores de saúde que atuaram durante a pandemia.

De acordo com Soeiro e colaboradores (2020), os atendimentos por vídeo chamadas, a telemedicina era autorizada apenas para os profissionais médicos, num contato entre eles, como forma de compartilhar conhecimento, discussão de caso clínico entre outras dúvidas. Na

pandemia, passou a ser autorizada esse tipo de atendimento dos pacientes, não restrita apenas a classe médica, mas, também a outros profissionais. Dessa forma, garantia a eles o contato e as orientações mesmo em período de isolamento, e com o distanciamento recomendado, diminuindo o deslocamento dos usuários para as unidades de saúde, e a possibilidade de exposição ao vírus (SOEIRO *et al.*, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2021).

De fato, foi possível encontrar relatos de experiências exitosas em municípios que utilizaram a telemedicina como ferramenta de trabalho durante a pandemia. Um exemplo foi o município de Lucas do Rio Verde/MT que tinham o serviço de teleatendimento sendo utilizado não apenas para acompanhamento dos pacientes que testavam positivo para COVID-19, mas também para acompanhar os pacientes crônicos e diminuir o seu deslocamento para as unidades de atendimento. Dessa forma, atendendo todos os dias, inclusive fim de semana, conseguiram um maior controle da disseminação da doença e um menor agravamento dos casos, não sufocando o sistema de saúde do município (BRASIL, 2021b).

Desse modo, a utilização das consultas on-line, preferencialmente as de vídeo, ajudaram a monitorar sinais vitais, passar orientações adequadas, acompanhar a evolução da doença a partir de protocolos com mensagens claras e objetivas que garantam a segurança do paciente (MEDINA *et al.*, 2020). Logo, os trabalhadores de saúde de São Gonçalo dos Campos sentiram as dificuldades trazidas pela falta desses recursos no município.

...a gente teve muito problema com relação a garantir o acesso. Tínhamos, eu digo assim, muitas orientações com relação a possibilidade da vídeo consulta, né, de orientações de vídeo consulta. Eu acho que acessar, ou então por exemplo, utilizar dentro da estrutura que nós tínhamos, [...] eu creio que tenha sido muito precária (Ent. 6).

Não tinha telesaúde. Poderia ter colocado algum telefone para colocar o acesso online, mas no município não teve. Paciente apenas procurava na emergência, tratava a dor e liberava. Na verdade, o que deveria ter seria uma estrutura melhor (Ent. 10).

Ao falar em dificuldades/facilidades e desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde da APS do município de São Gonçalo dos Campos-BA para garantir o acesso dos usuários durante o período da pandemia, fica claro que muito poderia ter sido feito e que os profissionais vivenciaram realidades difíceis no intuito de manter a assistência possível pensando também na necessidade de proteção de todos aqueles envolvidos. Porém, ao afirmar que muito poderia ter sido feito, é preciso considerar o contexto mundial e a realidade de um município pequeno no interior da Bahia cujo desafios fazem parte da rotina diária de todos que ali trabalham, considerando um sistema de saúde com recursos limitados e pouco investimento em tecnologias e qualificações dos profissionais.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da pesquisa, é possível afirmar que os resultados encontrados corroboram com os objetivos definidos e com o referencial teórico utilizado no estudo. O contexto da pandemia da COVID-19 configurou-se como um momento de grande desafio para todos os profissionais da saúde, independente da complexidade de atuação, e exigindo dos trabalhadores a adoção de novas posturas frente às demandas de trabalho, no intuito de controlar a disseminação da doença e diminuir os danos causados pela mesma.

Assim, dentre as estratégias criadas na tentativa de garantir o acesso dos usuários aos serviços da APS, o município de São Gonçalo dos Campos-BA precisou (re)organizar seus processos de trabalho a partir do estabelecimento de novos fluxos, adaptação das estruturas, implantação de novas rotinas, inserção de normas mais rígidas de higiene como lavagem das mãos, utilização do álcool em gel e utilização de EPI's, para que assim, a assistência não fosse interrompida.

Com a orientação de isolamento, foi necessário intensificar estratégias tais como; a suspensão de alguns serviços ambulatoriais, mantendo funcionando as salas de vacina, as consultas de pré-natal com horários agendados, consultas médicas, serviço odontológico apenas em caso de urgência, centralizado em uma unidade da sede. Utilização de um canal telefônico que possibilitasse o acompanhamento dos casos positivos para COVID-19, e que serviu de meio de comunicação entre a comunidade e os profissionais da vigilância epidemiológica para orientações e disseminação de informações pertinentes ao período da pandemia.

Além dessas estratégias, ressalta-se o deslocamento dos trabalhadores de saúde para atuarem nas barreiras sanitárias, que mesmo não sendo consideradas como estratégias que garantissem o acesso dos usuários aos serviços, funcionaram como meio de realizar educação em saúde e identificação de casos suspeitos de COVID-19.

Dentro deste cenário de grandes desafios, foi percebida pelos trabalhadores a necessidade de capacitações e atualizações para atuarem no período da pandemia da COVID-19, visto que tratava-se de uma situação até então não vivenciada. Assim, como capacitação dos trabalhadores de saúde, o estudo aponta para uma reunião com todos envolvidos com intuito de apresentar o plano de contingência elaborado e que norteou as ações de combate e prevenção da pandemia. Porém, identifica-se que o município de São Gonçalo dos Campos-BA não trouxe em sua rotina capacitações periódicas e atualizações referentes à pandemia da COVID-19, o que pode ter dificultado algumas das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde.

Dentre as dificuldades e desafios, é relevante falar do desafio de reestabelecer as demandas, os fluxos e as rotinas nos serviços de saúde após dois anos de tantas mudanças impostas pela pandemia; o pouco uso das tecnologias para manutenção do contato entre as equipes e a comunidade; o medo dos usuários irem até as unidades de saúde para terem acesso aos serviços necessários.

Diante disto, o estudo sinalizou que os pacientes puderam ter acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde, senão de forma integral, com o estabelecimento de prioridades no intuito de garantir uma assistência que atendesse pelo menos as necessidades mínimas para diminuir os danos causados pela pandemia da COVID-19.

É importante destacar que, a pesquisa apresentou limitações como a dificuldade de acesso aos documentos referentes ao período da pandemia como atas de reuniões de conselho, protocolos, comunicados. Tendo acesso apenas ao plano de contingência presente no diário oficial do município.

Entende-se que o estudo por si só não se esgota e abre possibilidades para que novas pesquisas sejam desenvolvidas sobre o cenário pandêmico no município de São Gonçalo dos Campos-BA, com a proposta de buscar entender de que forma se configurou os diferentes ambientes de saúde durante esse período, no intuito de desenvolver estratégias que tragam melhores condições de saúde para toda população.

Dito isto, a partir dos resultados apresentados, a presente pesquisa traz propostas que visem aprimorar o processo de trabalho em saúde buscando uma melhora da assistência à população:

- Implementação de uma equipe de educação continuada que crie uma rotina de capacitações e atualizações dos trabalhadores que atuam no município, abordando os diferentes temas relacionados a saúde;

- Implementação das diferentes tecnologias que tiveram êxitos nos municípios durante a pandemia, buscando aproximar a comunidade que apresentem dificuldades de acesso às equipes de assistência das unidades, a partir das consultas de telemedicina, canais de comunicação, canais telefônicos e redes sociais para informações e orientações da população;

- Melhora das estruturas dos serviços de saúde, garantindo aos usuários condições adequadas de atendimento;

- Intensificação da imunização no município, não apenas as vacinas contra COVID-19, mas também as vacinas de rotina, no intuito de prevenir as diferentes doenças e evitar novas pandemias;

- Fortalecimento da atuação multiprofissional, incentivando o desenvolvimento do trabalho em equipe que teve tanta importância durante o período da pandemia da COVID-19;
- Desenvolvimento e intensificação de atividade de acompanhamento psicológico, tanto para profissionais quanto para usuários no intuito de diminuir os danos causados pela pandemia.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: Uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 182-194, out. 2014.
- AMARAL, J. M.; JUNIOR, J. E. T.. Cuidado remoto na APS: experiência do uso do celular em uma equipe de Saúde da Família de área de favela durante a crise da COVID-19. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 23, n. 3, p. 706-716, jul./set. 2020.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. São Paulo: Hucitec Ed.. 2013. p. 845-902.
- ANDRÉ, M.. O que é um estudo de caso qualitativo em educação? *Revista da FAEEDBA – Educação e Contemporaneidade*, Salvador, v. 22, n. 40, p. 95-103, jul./dez. 2013.
- AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2423-2446, 2020.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A.. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BARDIN, L.. *Análise de Conteúdo*. São Paulo. Edições 70. 2016.
- BARROS, S. G. et al. Atenção primária e saúde bucal: As evidências de sua implementação no Brasil. *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*, Salvador, p. 173-202, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788523220297.0007/>>; Acesso em: 10 de abr. de 2022;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Coronavírus. *Boletim epidemiológico*, São Gonçalo dos Campos, abr. 2022b. Disponível em: <<https://www.saogoncalodoscamos.ba.gov.br/noticia/589/boletim-epidemiol-gico-de-s-o-gon-alo-dos-campos-12-de-abril-de-2022>> Acessado em 05 de abril de 2023;
- BRASIL. Ministério da Saúde. *COVID-19: Guia orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde*/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2021a;
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº510, de 07 de abril de 2016*. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html) Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº466, 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf) Acesso em: 15 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente: O que se tem produzido para seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf) Acesso em: 15 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº580 de 22 de março de 2018*. 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. Brasília: Diário Oficial da União, 2018a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf> Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Iniciativa APS forte no SUS no combate a pandemia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://apsredes.org/aps-forte-no-sus-no-combate-a-pandemia-de-covid-19/> Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel Coronavírus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 de dez. de 2022;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Regiões de Saúde do Estado da Bahia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/VISAOMACRORREGIAOch.asp](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/VISAOMACRORREGIAOch.asp). Acesso em: 01 mai. 2022.

CABRAL, E. R. M. et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *InterAm J Med Health*, São Paulo, v. 3, p. 1-6, 2020.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO EM SAÚDE (CNES), 2022.

Disponível em:

[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292930&NomeEstado=](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292930&NomeEstado=) Acesso em: 22 abr. 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M.. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, vol. 21, n. 2, p. 513-518, dezembro 2013.

- CASTRO, D. M. et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. 1-12, 2020.
- COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A.. Participação e controle social em saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 237-271, 2013;
- CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abril 2010.
- DOMINGUES, C. M. A. S.. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 1-5, 2021.
- ESCOREL, L. S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.
- FERRARI, F.. COVID-19: Dados Atualizados e sua Relação Com o Sistema Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*, Porto Alegre, v.114, n.5, p. 823-826, 2020.
- FERREIRA, S. C.. *Sobre a eficiência de barreiras sanitárias restritivas para conter o avanço da COVID-19: Uma modelagem matemática simples*, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/cbpf/pt-br/inct-sc/artigos-e-seminarios-sobre-a-covid-19-feitos-por-pesquisadores-do-inct-sc/sobre-a-eficiencia-de-barreiras-sanitarias-restritivas.pdf> Acesso em: 10 jan. 2023.
- FONTANELA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fevereiro 2011.
- GIOVANELLA, L.. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.
- GUIMERÃES, B. E. B.; BRANCO, A. B. C. C.. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 12, n. 1, p. 143-155, jan./abr. 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Panorama Cidades: São Gonçalo dos Campos*. [S. l.], 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/sao-goncalo-dos-campos.html>>. Acessado em 22 de abril de 2022;
- JUNIOR, V. L. P.. Comunicação breve: Anti-vacinação, um movimento com várias faces e consequências. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 116-122, abr./jun. 2019.
- JUNIOR, R. L. R.. A legalidade da aplicação de efetivo policial militar nas barreiras sanitárias nas cidades litorâneas do estado do Paraná durante a Pandemia do SARS-CoV-2. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.12, p. 119809-119824, dezembro 2021.

MARQUES, R. M.; MENDES, A.. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, p. 163-171, 2002;

MARTINS, E. H. C. et al. Operação especial de barreiras sanitárias para enfrentamento do vírus SARS-COV-2, Bahia, 2020. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 92-107, abr./jun. 2021.

MARTINS, G. A.. Estudo de caso: Uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8 - 18 jan./abr. 2008.

MASSUDA, A.. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p.1181-1188, 2020.

MEDEIROS, J. P. B. et al. Continuidade do cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde durante a pandemia da COVID-19. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 75, n. 2, p. 1-8, 2021.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 1-5, 2020;

MINAYO, M. C. S.. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes. 2002. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O.. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./sep. 1993.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D.. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

NEVES, J. L.. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

NOBREGA, W. F. S. et al. Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária antes e durante o contexto da pandemia de COVID-19. *Arch Health Invest*, Araçatuba, v. 10, n. 7, p. 1164-1166, 2021.

OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A.. O que a pandemia da COVID-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 29, p. 1-15, 2020.

PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, I.. Em tempos de pandemia pela COVID-19: O desafio para a educação em saúde. *Revista Vigil. Sanit. Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.10-15, abr./jun. 2020.

- PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C.. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020.
- PONTES, L. et al. Perfil clínico e fatores associados ao óbito de pacientes COVID-19 nos primeiros meses da pandemia. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-8, 2022.
- PRADO, N. M. B. L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2843-2857, 2021.
- RIBEIRO, K. D. et al. O caos sanitário da crise por COVID-19 no Brasil e o direito à saúde na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, Brasília, v. 10, p. 116-133, 2021.
- RICHARDSON, J. R. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. Atlas, 1999.
- SAITO, D. Y. T. et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, jan./mar. 2013.
- SANTANA, G. C. S.; AMOR, M. C. M. S.; PÉREZ, B. A. G.. Atenção ao pré-natal: principais estratégias utilizadas durante a pandemia do COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 10, p. 1-14, 2021.
- SANTOS, V. et al. *IRAMUTEQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review*. 2017 Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1230> Acesso em: 20 dez. 2022.
- SANTOS, J. L. S. et al. Enfrentamento a covid-19: importância da educação permanente em serviços de saúde. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 13, p. 1-10, 2021.
- SANTOS, F. M.. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Revista Eletrônica de Educação*, v. 6, n. 1, p. 383-387, mai. 2012.
- SÃO GONÇALO DOS CAMPOS, Prefeitura Municipal de São Gonçalo dos Campos. *Plano de contingência para o covid-19*. São Gonçalo dos Campos: Prefeitura Municipal de São Gonçalo dos Campos, mai. 2020. Disponível em: <https://site.www.diariooficialba.com.br> Acesso em: 07 dez. 2022.
- SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T.. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.
- SILVA, A. L. M. et al. Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 34, p. 1-7, 2021.
- SOARES, C. S. A.; FONSECA, C. R. L.. *Atenção primária à saúde em tempos de pandemia*. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12i0.998> Acesso em: 10 mar. 2022.

SOEIRO, R.E. et al. Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. *InterAm J Med Health*, São Paulo, v. 3, p. 1-6, 2020.

SOUZA, K. A. O. et al. O uso da telessaúde em tempos de pandemia. In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. *Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba. 2020. p. 2-45.

SOUZA, J. B. et al. Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. *Ver. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 55, p. 1-8, 2021.

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

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. Conselho Universitário. *Resolução nº 113/2021, de 10 de novembro de 2021*. Dispõe sobre aprovação do projeto de pesquisa Estratégias e tecnologias para garantir acesso e resolubilidade da APS no contexto da pandemia de covid-19 na macrorregião de saúde centro-leste. Feira de Santana: CONSEPE, 2021. Disponível em: [https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0). Acessado em 18 de fevereiro de 2022;

VIANA, A. L. D. A.; POZ, M. R. D.. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27.4.1976  
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19.12.86  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**APÊNDICE A**

**Título: ACESSO DOS USUÁRIOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: UM ESTUDO DE CASO**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE**

Entrevistado nº: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ / Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de gestão: \_\_\_\_\_

1. Explique o fluxo de acesso dos usuários à APS antes da pandemia de COVID-19.
2. Qual o impacto/influência da pandemia de COVID-19 sobre o acesso dos usuários às ações e serviços da APS, diante da necessidade de isolamento social? Explique
3. Quais as estratégias utilizadas pelo município para manter e/ou ampliar o acesso regular dos usuários à APS diante do contexto da pandemia por COVID-19? Explique.
4. Fale das dificuldades/desafios para manter o acesso dos usuários aos serviços oferecidos na APS?
5. Qual impacto/influência da pandemia de COVID-19 sobre a resolubilidade das ações e serviços oferecidos pela APS nos municípios. Explique
6. Quais serviços da APS foram mais prejudicados com a pandemia? Explique.
7. Fale das estratégias para inserção e capacitação dos trabalhadores da APS para atuarem com as restrições necessárias diante do contexto da Pandemia por COVID-19.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27.4.1976  
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19.12.86  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**APÊNDICE B**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Título: ACESSO DOS USUÁRIOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: UM ESTUDO DE CASO**

Nós, Rafaela Pires Leal Cardoso Costa aluna do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva de UEFS, pesquisadora responsável e a Prf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kleize Araújo de Oliveira Souza, orientadora, estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre o **Acesso dos usuários à Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19: um estudo de caso**. Esta pesquisa tem como objetivo analisar o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde da APS no município de São Gonçalo dos Campos-BA, durante a pandemia da COVID – 19. Assim, esta pesquisa poderá, através dos seus resultados, trazer benefícios para a comunidade e gestores e trabalhadores de saúde ao apresentar dados que poderão subsidiar a elaboração de estratégias que possibilitem promover o acesso resolutivo dos usuários do SUS aos serviços da APS mesmo diante da Pandemia de COVID-19. Para coletar os dados faremos uma entrevista com você, caso autorize. A entrevista será uma conversa a dois (apenas você e o pesquisador), que será gravada se assim você permitir, sendo que a sua gravação poderá ser ouvida e você terá plena liberdade, se achar necessário, para retirar parte da conversa ou solicitar para sair da pesquisa. A conversa será realizada em lugar reservado, livre da escuta e observação de demais pessoas. Você, inclusive, deve escolher o dia e o horário que achar melhor para a entrevista; ela não pretende atrapalhar as suas atividades. Garantimos a você que não haverá qualquer custo financeiro da sua parte, e diante de algum dano que possa ser causado pela pesquisa garantimos o ressarcimento e indenização do mesmo. Assim como será assegurado que o seu nome não será citado em momento algum e que suas respostas serão utilizadas somente para fins científicos. Você poderá correr o risco de se sentir desconfortável, inseguro e/ou amedrontado, por falar de um serviço que utiliza, trabalha ou gerencia, além do risco de retaliação em virtude da recepção positiva ou negativa das informações prestadas. Caso isto aconteça, poderá suspender a entrevista e mesmo que já a tenha terminado, retirar suas respostas sem nenhum prejuízo. Esclarecemos também que não haverá nenhum ganho em dinheiro como participante do estudo. Caso haja necessidade de maiores informações, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis pelo telefone (75)99112-9737 ou ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS pelo telefone (75)3161-8087). O material coletado será guardado, tendo acesso a ele apenas os pesquisadores deste estudo, e após cinco anos será destruído. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e serão publicados na forma de artigo em revistas indexadas. Os resultados desta pesquisa serão divulgados aos participantes através de um encontro com os pesquisadores a ser agendado em momento oportuno. Para confirmar sua

participação nesta pesquisa, pedimos que você assine este documento em duas cópias, uma ficará com você e outra com os pesquisadores.

---

Rafaela Pires Leal Cardoso Costa  
Pesquisadora Responsável

---

Profª Drª Kleize Araújo de Oliveira Souza  
Orientadora

---

Participante

Feira de Santana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022



# DIÁRIO OFICIAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DOS CAMPOS - BA

Terça-feira – 12 de Maio de 2020 - Ano IV – Edição nº 68

Esta edição encontra-se disponível no site [www.diariooficialba.com.br](http://www.diariooficialba.com.br) e garantido sua autenticidade por certificado digital ICP-BRASIL

## Prefeitura Municipal de São Gonçalo dos Campos publica:

- PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O COVID-19/2020



**Imprensa Oficial**  
**UMA GESTÃO LEGAL E TRANSPARENTE.**

REDE  
GERAL  
SERVICOS  
LTDA:0824  
118600018  
2

Digitally signed by REDE  
GERAL SERVICOS  
LTDA:08241186000182  
DN: cn=REDE GERAL  
SERVICOS  
LTDA:08241186000182,  
c=BR, l=Feira de Santana  
ou=ICP-Brasil  
ou=07003506000101  
Reason: I am the author  
of this document  
Location:  
Date: 2020-05-12  
16:18-03:00

**Acompanhe!**



Prefeitura Municipal de São Gonçalo dos Campos

Secretaria Municipal de Saúde

## Plano de Contingência para COVID-19 de São Gonçalo dos Campos

Gonçalo dos Campos, 25 de março de 2020

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>2. ACOLHIMENTO</b> .....	5
<b>3. DEFINIÇÃO DE CASO</b> .....	6
Caso suspeito de doença pelo coronavírus 2019 (covid-19):.....	6
Caso provável de doença pelo coronavírus 2019 (covid-19).....	7
Definição de Contato Próximo.....	7
Contato domiciliar de caso suspeito ou confirmado de covid-19:.....	8
<b>4. NOTIFICAÇÃO</b> .....	9
<b>5. DIAGNÓSTICO</b> .....	9
Diagnóstico clínico.....	9
Diagnóstico laboratorial.....	9
Diagnóstico diferencial.....	10
<b>6. MANEJO CLÍNICO</b> .....	10
<b>7. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b> .....	11
<b>8. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE</b> .....	12
<b>9. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS</b> .....	13
Ações inerentes ao ACS na prevenção e controle do covid 19:.....	13
Recomendações para a Vigilância Epidemiológica.....	14
Recomendações para a Vigilância Sanitária.....	14
Recomendações para profissionais que atuam nos serviços de Saúde da Família..	14
Recomendações para profissionais que atuam nos serviços de Saúde da Família - Saúde Bucal:.....	17
Recomendações para pessoas que preenchem a definição de caso suspeito.....	17
Recomendações para a população em geral.....	18
<b>10. REDE HOSPITALAR</b> .....	20
Anexos.....	22
REFERÊNCIAS.....	25
Comitê Municipal para Prevenção e Enfrentamento contra o novo Coronavírus.....	27

## NOTA TECNICA – novo Coronavírus

N 01/2020, de 25 de março de 2020

Diante da emergência desencadeada pelo coronavírus (COVID-19), o Comitê Municipal para Prevenção e Enfrentamento contra o novo Coronavírus vem por meio deste orientar os Profissionais de Saúde do município quanto as ações nos serviços de saúde de forma a minimizar o impacto na Saúde Pública provocado pela possível introdução do vírus em território municipal, bem como orientar os profissionais de saúde a identificar os possíveis casos suspeitos e realizar o adequado manejo e as medidas de prevenção e orientação a população em geral. As medidas aqui especificadas seguem as diretrizes do Ministério da Saúde e devem ser adotadas pelo período de 30 dias. Todavia, salienta-se que tais medidas podem ser alteradas e o tempo pode ser prorrogado a qualquer momento de acordo com mudanças no cenário epidemiológico.

Em, 11 de março de 2020, a OMS (Organização Mundial da Saúde) declarou que a COVID-19, nova doença causada pelo novo coronavírus (denominado SARS-CoV-2), é uma pandemia. Isto já era esperado, pois, há algumas semanas, esta nova doença viral já havia se espalhado pelo mundo, atingindo os 5 continentes. O momento da epidemia no Brasil é de prudência; não de pânico. A epidemia é dinâmica e as informações e recomendações deste informe podem ser atualizadas em poucos dias, à medida que a epidemia aumente e que novos conhecimentos científicos sejam publicados (Fonte: INFORME DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI) SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS em 12/03/2020).

### 1. INTRODUÇÃO

Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus foi descoberto em 31/12/19 após casos registrados na China. Provoca a doença chamada de coronavírus (COVID-19). Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa.

O COVID-19 é um vírus com alta taxa de transmissibilidade, principalmente através de tosse, espirro e superfícies contaminadas e que desencadeia um quadro clínico que varia de leve a grave. A maior parte destes casos é classificada como leve, sendo considerados agravantes do quadro clínico a existência de patologias de base e a maior faixa etária.

O período médio de incubação da infecção por Coronavírus é de 5 dias, com intervalo que pode chegar até 14 dias e a transmissibilidade dos pacientes infectados é em média de 7 dias após o início dos sintomas, dados preliminares do Novo Coronavírus (covid-19) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.

Os principais sintomas conhecidos até o momento são: tosse, febre acima de 37,8°, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, palidez cutânea (boca e pele esbranquiçadas), podendo ficar arroxeadas (sinais de cianose), batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia (falta de ar).

*(Fonte: Ministério da Saúde)*

A transmissão costuma ocorrer pelo ar ou por contato pessoal com secreções contaminadas, como:

- gotículas de saliva;
- espirro;
- tosse;
- catarro;
- contato pessoal próximo, como toque ou aperto de mão;
- contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.

#### Definições Epidemiológicas:

- **Casos importados:** Casos nos quais a infecção ocorre em outras regiões/países do local em que o paciente é diagnosticado.
- **Transmissão local:** Casos transmitidos e adquiridos dentro do território onde a confirmação é realizada com vínculo epidemiológico a um caso confirmado. Fonte de infecção conhecida ou até a quarta geração de transmissão.
- **Transmissão comunitária:** Ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado, em área definida, ou se for identificado um resultado laboratorial positivo em relação com outros casos na iniciativa privada ou na rotina de vigilância de doenças respiratórias ou a transmissão se mantiver por 5 (cinco) ou mais cadeias de transmissão.

## 2. ACOLHIMENTO

As unidades devem adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus ou outra infecção respiratória, recebam máscara de proteção respiratória e realize higiene das mãos tão logo cheguem à unidade.

Serão disponibilizados materiais educativos visuais que devem estar fixados e disponíveis na entrada dos serviços e em locais estratégicos, orientando a população como proceder consoante quadro clínico apresentado.

Todos os pacientes que buscarem as Unidades de Saúde da Família (USF) deverão passar pela equipe de acolhimento que deverá ser composta por, no mínimo: 01 Técnico de Enfermagem, 01 Enfermeiro(a), 01 Médico(a). Os usuários que chegarem com sintomas respiratórios e forem identificados antes de irem para o acolhimento deverão ser conduzidos pelo Recepcionista ou outro profissional que tenha identificado os sintomas, o quanto antes, para uma área separada ou uma sala específica. A sala deve ser mantida com a porta aberta, janelas abertas e ar-condicionado desligado. Este profissional deverá, então, acionar a equipe de acolhimento informando da presença dos usuários sintomáticos. Compete à equipe de acolhimento:

- Técnico de enfermagem – Triagem (obrigatória a medição da temperatura)
- Enfermeiro - Anamnese, e caso o paciente enquadre-se nos critérios deve encaminhá-lo ao médico.
- Médico - Avaliação e definição de condutas e orientações.

A equipe deve realizar, tão logo seja possível, a notificação do caso e contatar a Vigilância Epidemiológica do município através do telefone 75 98298-7259 informando a ocorrência. Salienta-se que no contato com o paciente suspeito a equipe deve estar munida de máscara cirúrgica e luva de procedimento.

### 3. DEFINIÇÃO DE CASO

#### **Caso suspeito de doença pelo coronavírus 2019 (covid-19):**

- Situação 1 – VIAJANTE: pessoa que, nos últimos 14 dias, retornou de viagem internacional de qualquer país ou áreas de transmissão comunitária. E apresente: febre **E** pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia); OU
- Situação 2 – CONTATO PRÓXIMO: pessoa que, nos últimos 14 dias, teve contato próximo de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 ou contato com egresso de área de transmissão comunitária E apresente: febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia);

## **Caso provável de doença pelo coronavírus 2019 (covid-19)**

• Situação 3 – CONTATO DOMICILIAR: pessoa que, nos últimos 14 dias, resida ou trabalhe no domicílio de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 E apresente: febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) OU outros sinais e sintomas inespecíficos como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

## **Definição de Contato Próximo**

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, sendo tossida, tocando tecidos de papel usados com a mão nua);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros; ○ Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuida diretamente de um caso COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso COVID-19 sem equipamento de proteção individual recomendado (EPI) ou com uma possível violação do EPI;
- Um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19, seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado;

**Contato domiciliar de caso suspeito ou confirmado de covid-19:**

➤ Uma pessoa que reside na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento, etc.

(Fonte: Ministério da Saúde)

Considerando que a PORTARIA No 454, DE 20 DE MARÇO DE 2020, do Ministério da Saúde, declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do Coronavírus (Covid19), faz-se necessário que : **TODO E QUALQUER DESCONFORTO RESPIRATÓRIO DEVE TER O COVID-19 COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Para manejo dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRGA, independente do grau de suspeição para COVID-19, deve-se utilizar as seguintes definições adaptadas à situação atual:

**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG**

Indivíduo de qualquer idade, com Síndrome Gripal (conforme definição anterior) e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de SpO2 <95% em ar ambiente.
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.
- Piora nas condições clínicas de doença de base.
- Hipotensão.
- Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória

**Em caso de identificação dos sinais e sintomas compatíveis com o descrito acima, o paciente deve ser imediatamente removido para Unidade Hospitalar, de preferência por Ambulância e assistido por profissional especializado, ou adequadamente treinado a dar o suporte.**

#### 4. NOTIFICAÇÃO

A infecção humana pelo 2019-nCoV é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Portanto, trata-se de um evento de saúde pública de notificação imediata. A notificação imediata deve ser realizada pelo meio de comunicação mais rápido disponível, em até 24 horas a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de suspeito.

Segue em anexo modelo da ficha de notificação.

**CID 10** - Infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV): o código para registro de casos, conforme as definições, será o U07.1 – Infecção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)..

#### 5. DIAGNÓSTICO

##### Diagnóstico clínico

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal, no entanto, casos iniciais leves, subfebris, podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre ser persistente além de 3-4 dias, ao contrário do descenso observado nos caso de Influenza. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. É recomendável que em todos os casos de síndrome gripal seja questionado o histórico de viagem para o exterior ou áreas endêmicas ou contato próximo com pessoas que tenham viajado para o exterior ou áreas endêmicas. Essas informações devem ser registradas no prontuário do paciente para eventual investigação epidemiológica.

##### Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus 2019-nCoV é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. Outras informações importantes como: indicação e técnica de coleta, acondicionamento e envio das amostras estão descritas no tópico de Vigilância Laboratorial do Boletim Epidemiológico nº 2 que encontra-se disponível no Portal do Ministério da Saúde.

## Diagnóstico diferencial

As características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.

## 6. MANEJO CLÍNICO

Até o momento não há medicamento específico para o tratamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (covid-19). No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas, para aliviar os sintomas, conforme cada caso, como, por exemplo, uso de medicamento para dor e febre (antitérmicos e analgésicos), uso de umidificadores de ambiente, repouso e maior ingestão hídrica. No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para Influenza, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir, conforme protocolo de tratamento de Influenza.

Todos os pacientes que receberem alta durante os primeiros 07 dias do início do quadro (qualquer sintoma independente de febre) devem ser alertados para a possibilidade de piora tardia do quadro clínico e sinais de alerta de complicações como: aparecimento de febre (podendo haver casos iniciais afebris), elevação ou recrudescência de febre ou sinais respiratórios, taquicardia, dor pleurítica, fadiga, dispnéia. Estes pacientes deverão receber orientações de controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações. A presença de qualquer sinal de alerta deverá determinar retorno e hospitalização imediata do paciente.

## 7. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Gravidade	Quadro Clínico	Conduta
<b>Verde</b>	Indivíduo com suspeita ou confirmação, estável, sem sinais de piora do estado clínico*	Acompanhamento em domicílio (isolamento domiciliar), com orientações sobre precauções respiratórias e sinais de agravamento, e supervisão da equipe das Unidades de Saúde da Família
<b>Amarelo</b>	Indivíduo com suspeita ou confirmação, com sinais de gravidade (dispneia; desconforto respiratório; saturação de O <sub>2</sub> menor que 95%; ou exacerbação de doença preexistente) e fatores de risco**	Encaminhamento para o Hospital
<b>Vermelho</b>	Indivíduo com suspeita ou confirmação, com sinais de gravidade (choque; disfunção dos órgãos vitais; insuficiência respiratória; ou instabilidade hemodinâmica)	Encaminhamento para o Hospital

Nos casos com gravidade clínica, classificados como "amarelo" ou "vermelho", o profissional deve notificar imediatamente à vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde por meio do número de telefone (75)982987259 e acionar o Hospital Municipal Professor José Maria de Magalhães Neto para realizar o transporte do paciente com suspeita de infecção por Coronavírus para a unidade.

Na unidade hospitalar o paciente será estabilizado e regulado para o Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana.

Os contatos próximos deste paciente deverão ser acompanhados e monitorados pela equipe da USF e da Vigilância Epidemiológica quanto à apresentação de sinais e sintomas; e na presença de sinais e sintomas, orientar que procure o serviço de saúde para avaliação e encaminhamento.

## 8. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A melhor maneira de prevenir a infecção é evitar ser exposto ao vírus. Um estudo publicado no periódico científico Journal of Hospital Infection descobriu que o Coronavírus é capaz de sobreviver até 9 dias fora do corpo da pessoa infectada. As análises mostraram que as cepas do vírus conseguem resistir estando em contato com superfícies de vidro, plástico ou metal, desde que mantidas em temperatura ambiente. Isso significa que se uma pessoa saudável entrar em contato direto com essa superfície nesse período, ela corre o risco de ser infectada.

O Ministério da Saúde recomenda ações preventivas diárias para ajudar a prevenir a propagação de vírus respiratórios, incluindo:

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Se não houver água e sabão, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool;
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Ficar em casa quando estiver doente;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel e jogar no lixo;
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência.

## 9. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

### Ações inerentes ao ACS na prevenção e controle do covid 19:

- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o uso adequado de EPI, deverão fazer acompanhamento dos casos no domicílio, monitorando a execução dos cuidados de proteção individual e coletiva e fazendo as orientações necessárias a fim de evitar transmissão, informando a equipe caso haja complicações no domicílio do paciente.
- Na visita domiciliar identificar todas as pessoas que tiveram ou têm contato com caso suspeito ou confirmado e apoiar a equipe da vigilância na realização de busca ativa;
- Na presença de sinais e sintomas, conforme fluxograma, orientar que procure a USF, e comunicar à equipe sobre esses casos;
- Atuar junto a domicílios e outros espaços da comunidade (escolas, creches, igrejas, templos, etc.), informando aos cidadãos de sua área de abrangência e aos que não moram na área adscrita à USF, mas que se deslocam frequentemente até elas (trabalhadores, creches, escolas, igrejas, templos, etc.), sobre os sinais, sintomas e medidas de prevenção e controle do Novo Coronavírus, estimulando a mobilização e a vigilância;
- Auxiliar no gerenciamento de insumos e equipamentos necessários ao desempenho das atividades de atenção ao Novo Coronavírus;
- Utilizar EPI quando necessário e medidas preventivas de controle de infecção e de proteção do ambiente de trabalho, sobretudo durante as visitas domiciliares, reforçando-se que o ACS deve proceder as medidas de higiene para biossegurança, devendo manter a distância de 2m entre as pessoas e como os demais profissionais de saúde, realizar lavagem adequada das mãos com água e sabão, utilização de solução alcoólica a 70% e uso de máscara.

## **Recomendações para a Vigilância Epidemiológica**

- Realizar monitoramento dos casos notificados.
- Realizar coleta de material para análise de COVID-19 quando necessário.
- Manter atualizado o boletim epidemiológico do município.

## **Recomendações para a Vigilância Sanitária**

- Subsidiar o monitoramento das entradas e saídas da cidade junto com a polícia Militar e a Guarda Municipal.
- Fiscalizar a venda de EPI'S e insumos de higiene pessoal.
- Intervir junto aos estabelecimentos comerciais do município no sentido de orientar a:
  - Limitar o número de pessoas dentro do estabelecimento em consonância ao espaço físico do mesmo, respeitando a distância mínima de 1m entre pessoas.
  - Estabelecer 1 funcionário para ofertar álcool gel na entrada dos estabelecimentos para que os clientes possam higienizar as mãos e fiscalizar o cumprimento do distanciamento entre as pessoas.
- Fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas neste Plano de Contingência.
- Orientar a comunidade quanto aos hábitos necessários à prevenção da contaminação através de ações educativas.

## **Recomendações para profissionais que atuam nos serviços de Saúde da Família**

- Consultas de rotina com enfermeiro, médico e dentista não serão realizadas;
- Restringir o fluxo de pacientes a partir de 60 anos, crianças < de 5 anos, portadores de doenças crônicas (diabéticos, hipertensos, cardiopatas, renais crônicas, problemas respiratórios, pacientes oncológicos e outros, se necessário), visando diminuir a aglomeração de pacientes suscetíveis, através de orientações feitas pelas equipes à população;

- Os pacientes que tiveram contato com casos suspeitos ou com sintomas respiratórios deverão ser identificados logo na entrada na Unidade e receber máscara descartável;
- As consultas de pré-natal deverão ser mantidas, salientando que devem ocorrer em turno exclusivo para este atendimento, e os agendamentos devem ser por hora marcada, respeitando o limite de 2 gestantes por hora;
- Suspender as atividades do acompanhamento de hipertensos e diabéticos e do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento das crianças, salientando que os pacientes diabéticos e hipertensos não devem ter prejuízos no fornecimento das medicações nas USF;
- Disponibilizar álcool a 70% nas recepções das Unidades de Saúde ou borrifar as mãos dos usuários do serviço ao adentrar nas mesmas;
- Realizar a limpeza concorrente em todas as unidades, utilizando álcool a 70 % para desinfecção de mobiliários e equipamentos, conforme protocolos operacionais;
- Os pacientes que necessitarem de trocas de receitas (doenças crônicas) deverão encaminhar portador para retirada das mesmas;
- O atendimento odontológico ficará restrito apenas para as urgências odontológicas;
- As visitas domiciliares realizadas pelas equipes de atenção básica, deverão ser mantidas apenas para os idosos e acamados em casos de extrema necessidade;
- Nas visitas dos Agentes Comunitários e Agentes de Endemias, utilizar EPI (apenas nos casos de visitas a sintomáticos respiratórios) e medidas preventivas de controle de infecção e de proteção, devendo manter distância de 2 m entre as pessoas e lavagem adequada das mãos sempre que possível e necessário;
- O transporte de profissionais e pacientes deverá ser realizado com as janelas abertas e o ar condicionado desligado;
- As unidades de saúde deverão atender as demandas espontâneas, sem agendamento prévio de consultas médicas;
- Todos os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção à saúde municipal ficam notificados a cumprir as recomendações de prevenção

emitidos pelo Comitê Municipal, bem como o manejo clínico e tratamento para o COVID – 19 elaborado pelo Ministério da Saúde;

- Ficam suspensas atividades coletivas e em grupos em todas as Unidades de Saúde;
- Todos os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção à saúde municipal deverão orientar a população quanto ao isolamento social e domiciliar;

Todo profissional que atender os pacientes com suspeita de Síndrome Gripal deve usar EPIs e adotar as medidas para evitar contágio, conforme Tabela 1. Atenção para os cuidados que devem ser tomados em relação ao uso de máscara cirúrgica (Tabela 2). Tabela 1. Medidas para evitar contágio por vírus causadores de Síndrome Gripal nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, Ministério da Saúde, 2020.

**Tabela 1: Medidas para evitar contágio por vírus causadores de Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020**

MEDIDAS DE CONTROLE PRECOCE	
PROFISSIONAIS DA SAÚDE	Pacientes
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contenção respiratória</li><li>• Máscara cirúrgica*;</li><li>• Uso de luvas, óculos ou protetor facial e aventais descartáveis**;</li><li>• Lavar as mãos com frequência;</li><li>• Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fornecer máscara cirúrgica;</li><li>• Isolamento com precaução de contato em sala isolada e bem arejada</li></ul>

\*Somente para procedimentos produtores de aerossóis usar máscara N95/PPF2.

\*\*Uso destes EPIs durante atendimento do paciente em consultório. Não é necessário o uso na recepção/triagem, desde que mantida distância de 1 metro.

**Tabela 2. Orientações para uso correto de máscaras cirúrgicas para evitar contágio por vírus causadores de Síndromes Gripais, Ministério da Saúde, 2020.**

ORIENTAÇÕES PARA USO DE MÁSCARAS CIRÚRGICAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coloque a máscara com cuidado para cobrir a boca e o nariz e amarre com segurança para minimizar as lacunas entre o rosto e a máscara;</li><li>• Enquanto estiver utilizando a máscara, evite tocá-la;</li><li>• Remova a máscara usando técnica apropriada (ou seja, não toque na frente, mas remova o laço ou nó da parte posterior);</li><li>• Após a remoção, ou sempre que tocar em uma máscara usada, higienize as mãos com água e sabão ou álcool gel, se visivelmente suja;</li><li>• Substitua a máscara por uma nova máscara limpa e seca assim que estiver úmida ou danificada;</li><li>• Não reutilize máscaras descartáveis;</li><li>• Descarte em local apropriado as máscaras após cada uso;</li><li>• Troque de máscara após atender novos pacientes.</li></ul>

**Recomendações para profissionais que atuam nos serviços de Saúde da Família - Saúde Bucal:**

- Adiar atendimentos eletivos em odontologia (tratamentos restauradores, cirúrgicos, de profilaxia, tartarrectomia e outros);
- Realizar consulta de urgência e emergência em odontologia, respeitando as orientações do Ministério da Saúde, do Plano de Contingência Municipal e outros documentos orientadores emitidos por esta Secretaria Municipal de Saúde;
- Nos atendimentos de urgência e emergência que serão mantidos, utilizar a máscara N95 apenas para procedimentos com risco de formação de aerossol, caso contrário, deverá ser utilizado a máscara cirúrgica;
- Os profissionais poderão apoiar a Unidade de Saúde em demais atividades conforme competência técnica e necessidade do serviço, exceto na atuação do acolhimento.

**Recomendações para pessoas que preenchem a definição de caso suspeito**

- Indivíduos que chegarem as Unidades Básicas de Saúde com suspeita de infecção por Coronavírus devem ser acolhidos e classificados por risco conforme Protocolo de Tratamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- Nos casos sem gravidade clínica classificados como "verde", o profissional deve notificar imediatamente à vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde por meio do número de telefone. Identificar todas as pessoas que tiveram ou têm contato com caso suspeito ou confirmado e apoiar a equipe da vigilância na realização de busca ativa.
- O paciente classificado como "verde" ficará em isolamento domiciliar, porém, é necessário avaliar cada caso, levando-se em consideração se o ambiente residencial é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde.

17

- A coleta da amostra covid-19 será realizada no domicílio do caso suspeito por uma equipe da Vigilância Epidemiológica devidamente equipada. Este paciente será acompanhado pela equipe da USF e da VIEP até o resultado ser disponibilizado.
- Casos confirmados para o covid-19 o acompanhamento será realizado por um período de 14 dias.
- Os contatos próximos de uma pessoa com suspeita de Coronavírus (covid-19) devem ser acompanhados e monitorados quanto à apresentação de sinais e sintomas; e na presença de sinais e sintomas, orientar que procure o serviço de saúde para avaliação e encaminhamento.
- Pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento ou retorno ao domicílio (casos de isolamento domiciliar);
- Os profissionais que entrarem em contato com pacientes (suspeito ou confirmado para covid-19) em isolamento domiciliar devem utilizar EPI tais como máscara cirúrgica, avental descartável e luvas;
- Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização (antes de tocar o paciente — antes de realizar procedimento limpo/asséptico — após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções — após tocar o paciente — após tocar superfícies próximas ao paciente);
- Nos casos com gravidade clínica, classificados como “amarelo” ou “vermelho”, o profissional deve notificar imediatamente à vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde por meio do número de telefone e conduzir remoção do paciente à Unidade Hospitalar.

#### Recomendações para a população em geral

- **Fiquem em casa. O vírus está circulando em nosso país e não queremos que ele chegue ao nosso município. Por isso, se você souber de alguém que veio de outras localidades para São Gonçalo dos Campos, faça sua parte, ligue para o número (75)982987259 e informe para que seja investigada sua origem e possível contaminação.**
- Lave com frequência as mãos até a altura dos punhos, com água e sabão, ou então higienize com álcool em gel 70%.

18

- Ao tossir ou espirrar, cubra nariz e boca com lenço ou com o braço, e não com as mãos.
- Evite tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas. Ao tocar, lave sempre as mãos como já indicado.
- Mantenha uma distância mínima de cerca de 2 metros de qualquer pessoa tossindo ou espirrando.
- Evite abraços, beijos e apertos de mãos. Adote um comportamento amigável sem contato físico, mas sempre com um sorriso no rosto.
- Higienize com frequência o celular e os brinquedos das crianças.
- Não compartilhe objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos.
- Mantenha os ambientes limpos e bem ventilados.
- Evite circulação desnecessária nas ruas. Se puder, fique em casa.
- Se estiver doente, evite contato físico com outras pessoas, principalmente idosos e doentes crônicos, e fique em casa até melhorar.
- Durma bem e tenha uma alimentação saudável.
- **Se você está com sintomas de gripe, fique em casa por 14 dias e siga as orientações do Ministério da Saúde para o isolamento domiciliar.**
- Só procure o hospital Municipal se estiver com falta de ar.

**Pessoas com diagnóstico confirmado de coronavírus precisam ficar em isolamento domiciliar. Veja como proteger sua família:**

- No quarto usado para o isolamento, mantenha as janelas abertas para circulação do ar, a porta fechada durante todo o isolamento e limpe a maçaneta frequentemente com álcool 70% ou água sanitária.
- A distância mínima entre o paciente e os demais moradores é de 1 metro.
- Em casas com apenas um quarto, os demais moradores devem dormir na sala, longe do paciente infectado.

Itens que precisam ser separados:

- O lixo produzido pelo paciente contaminado precisa ser separado e descartado.
- Toalhas de banho, garfos, facas, colheres, copos e outros objetos usados pelo paciente.
- Sofás e cadeiras também não podem ser compartilhados.
- Os móveis da casa precisam ser limpos frequentemente com água sanitária ou álcool 70%.

Condutas para a pessoa contaminada:

- Utilize máscara o tempo todo.
- Se for preciso cozinhar, use máscara de proteção, cobrindo boca e nariz todo o tempo.
- Depois de usar o banheiro, nunca deixe de lavar as mãos com água e sabão e sempre limpe vaso, pia e demais superfícies com álcool ou água sanitária para desinfecção do ambiente.
- Se uma pessoa da casa tiver diagnóstico positivo, todos os moradores ficam em isolamento por 14 dias também.
- Caso outro familiar da casa também inicie os sintomas leves, ele deve reiniciar o isolamento de 14 dias.
- Se os sintomas forem graves, como dificuldade para respirar, ele deve procurar orientação médica.

## **10. REDE HOSPITALAR**

- Indivíduos que chegarem às portas de urgência/emergência hospitalares e instituições privadas com suspeita de infecção por Coronavírus devem ser

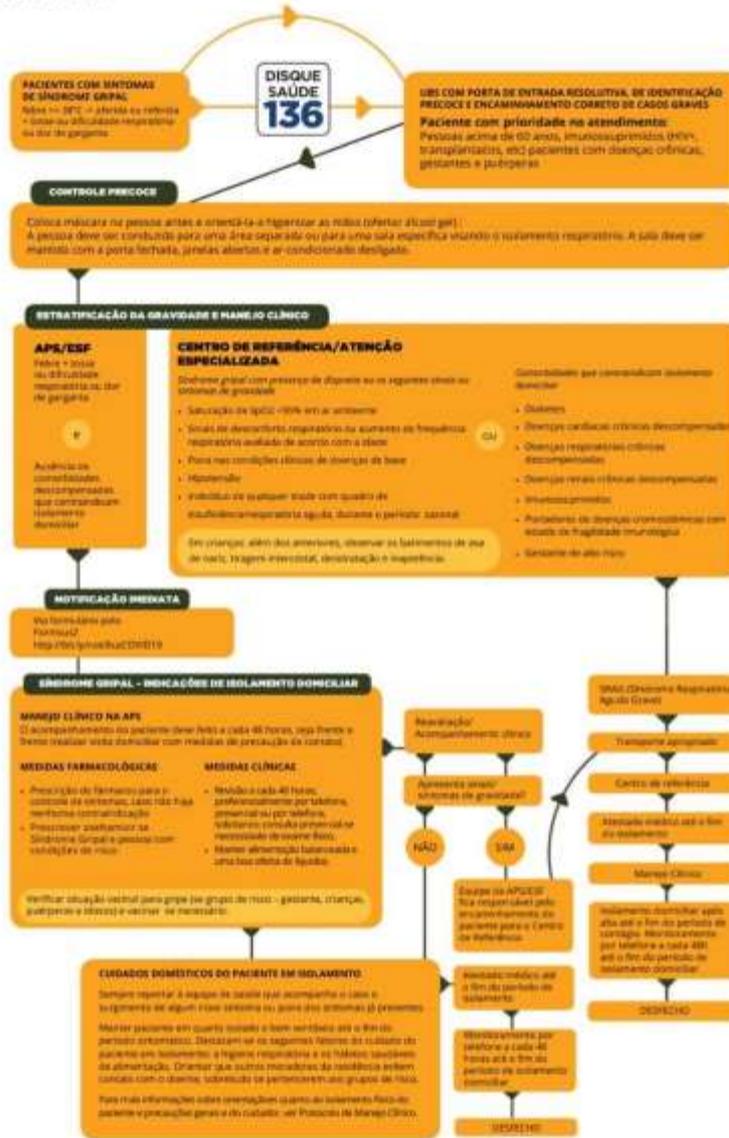
20

acolhidos e classificados por risco conforme Protocolo de Tratamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);

- É imprescindível que o hospital realize o manejo clínico do paciente de acordo com a gravidade do caso e em conformidade com o protocolo estabelecido;
- Identificar e isolar precocemente pacientes suspeitos (precaução padrão, por contato e gotículas);
- Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento respiratório (quarto privativo) que deve ocorrer o mais rápido possível;
- A instituição deverá notificar a Vigilância Epidemiológica do município pelo número (75)982987259 em até 24 horas a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de caso suspeito (notificação imediata);
- Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização (antes de tocar o paciente — antes de realizar procedimento limpo/asséptico — após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções — após tocar o paciente — após tocar superfícies próximas ao paciente);
- Deverá ser realizada uma primeira coleta das amostras respiratórias, oral ou nasal, e encaminhada para o laboratório de referência estadual (LACEN);
- Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento, ou entrar em contato com o caso suspeito, deve utilizar EPI.

Anexos

## FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA





ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DOS CAMPOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

LEIA COM ATENÇÃO!

FLUXOGRAMA CORONAVÍRUS (COVID - 19)



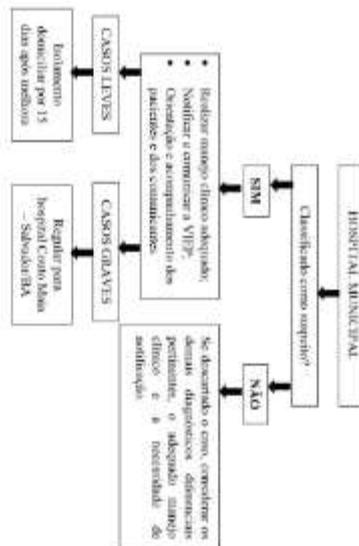
ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DOS CAMPOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

TODOS INDIVÍDUOS QUE INDEBENTEMENTE DAÍDADE APRESENTAR:

<p><b>SITUAÇÃO 1</b> VIAGEM</p> <p>Historico de viagem para uma localização local do vírus covid-19 nos 14 dias a que precede a data. E pelo menos um dos sintomas respiratórios identificáveis para registrar, tosse seca ou produtiva, congestão nasal ou coriza, febre de <math>QT &lt; 95\%</math>, cefaleia, dispnéia, batimento das asas do nariz, injeção conjuntival.</p>	<p><b>SITUAÇÃO 2</b> CONTATO PROXIMO</p> <p>Pessoa que nos últimos 14 dias teve contato próximo com caso suspeito ou confirmado para covid-19. E apresenta febre <math>QT &lt; 95\%</math> ou tosse seca ou produtiva, congestão nasal ou coriza, febre de <math>QT &lt; 95\%</math>, cefaleia, dispnéia, batimento das asas do nariz, injeção conjuntival.</p>	<p><b>SITUAÇÃO 3</b> CONTATO DOMICILIAR</p> <p>Pessoa que nos últimos 14 dias reside ou trabalha no domicílio de caso suspeito ou confirmado para covid-19 e apresenta febre <math>QT &lt; 95\%</math> ou tosse seca ou produtiva, congestão nasal ou coriza, febre de <math>QT &lt; 95\%</math>, cefaleia, dispnéia, batimento das asas do nariz, injeção conjuntival.</p>
---	---	---

FLUXO DE ATENDIMENTO

<p><b>ADMINISTRAÇÃO DA RECEPCAO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao entrar a ficha de atendimento preenchida se tem ou não sintomas respiratórios e se viajou ou esteve em contato com vítimas 14 dias</li> </ul>	<p><b>TRIAGEM - ENFERMEIRO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a triagem inicial;</li> <li>• Realizar coleta de dados;</li> <li>• Profissional usar EPIs adequados: luvas, máscara adequada;</li> <li>• Confinar os sintomas;</li> <li>• Para casos suspeitos:</li> <li>• Classificar o caso clínico de acordo com o protocolo dos sintomas;</li> <li>• Classificar a VIGIP (Vigilância Epidemiológica)</li> </ul>	<p><b>COLETA DE EXAME COVID-19 HOSPITAL/VIGIP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar o teste (teste rápido, teste de PCR, teste de cultura);</li> <li>• Realizar o teste de triagem e confirmação;</li> <li>• Prescrever OMI;</li> <li>• Prescrever beta de interferon;</li> <li>• Encaminhar paciente com sintomas leves para tratamento com temperatura entre 2 a 8°C;</li> <li>• Medir o labor em posição vertical;</li> <li>• Encaminhar para a LACEN/BA.</li> </ul>
---	--	---



**OBSERVAÇÃO:** As equipes de saúde da família que durante o manejo clínico identificar sintomas moderados e graves em pacientes suspeitos devem imediatamente encaminhá-los para o Hospital Municipal.

- Sintomas graves (cansaço, saturação de  $O_2 < 95\%$ , injeção conjuntival, batimento das asas nasais, injeção conjuntival, possível surgimento de tosse de origem

# DIÁRIO OFICIAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DOS CAMPOS- BA

Terça-feira  
12 de Maio de 2020  
Ano IV – N° 68

Ficha de investigação de caso suspeito pelo Novo CORONAVIRUS (COVID-19)

Instituição:	Data: / /	País:	Cidade:	Estado:
Nome do paciente:	Data de nascimento:		Prontuário:	
Nome da mãe:	Endereço do paciente:			
E-mail:	Telefone:			
Nome do médico/investigador:				

**Caso suspeito**

1. O caso tem infecção respiratória aguda com febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) e tosse?  Sim  Não  Ign.

2. Há evidência clínica ou radiológica de pneumonia ou de Síndrome da Angústia Respiratória (SARA)?  Sim  Não  Ign.

3. Viajou para o exterior 14 dias antes do início dos sintomas?  Sim  Não  Ign.  
Se sim, quais países? \_\_\_\_\_  
Trajeto de viagem no exterior \_\_\_\_\_  
Data da viagem retorno: / / (N° do voo para Brasil e empresa aérea: \_\_\_\_\_)

**Informações pessoais**

1. Sexo:  M  F 2. Idade: \_\_\_\_a \_\_\_\_m 3. Residência:  Residente Brasil  Não residente, país: \_\_\_\_\_

**Quadro clínico, história e fatores de risco**

4. Data de início dos sintomas: / /

5. Sintomas (Marque todos que se aplicarem):  Febre  Tossé seca  Tossé produtiva  Calafrios  Dor de garganta  
 Dor de cabeça  Mialgia  Falta de ar  Vômitos  Dor abdominal  Diarreia  Outros \_\_\_\_\_

6. Nos 14 dias antes do início dos sintomas o paciente teve contato com pessoa doente que viajou recentemente para o exterior?  
 Sim  Não  Ign. Se sim, quais países? \_\_\_\_\_

7. Ocupação do paciente (Marque os que se aplicarem):  Trabalhador da saúde  Militar  
 Tripulantes de voo (N° do voo e empresa aérea: \_\_\_\_\_)  Outro \_\_\_\_\_

8. Fatores de risco (Marque todos que se aplicarem):  Imunodepressão  Gestante  Ignorado  
 Outros \_\_\_\_\_

**Evolução clínica**

9. O paciente foi/ está

a. Hospitalizado?  Sim  Não  Ign. Se sim, data: / /

b. Intubado?  Sim  Não  Ign.

10. O paciente recebeu o diagnóstico:

Pneumonia?  Sim  Não  Ign.

SRAG?  Sim  Não  Ign.

Falência Renal?  Sim  Não  Ign.

12. O paciente morreu?  
 Sim  Não  Ign. Data: / /

**Controle de Infecção**

13. Quando hospitalizado, o paciente foi/está:

a. Quarto pressão negativa?  Sim  Não  Ign.

b. Quarto privativo?  Sim  Não  Ign.

14. Máscara cirúrgica foi/está sendo usada pelo paciente durante o seu transporte?  
 Sim  Não  Ign.

15. Quais equipamentos de proteção individual foram/estão sendo usados pelos trabalhadores de saúde para entrar no quarto do paciente? (Marque todos que se aplicam):  Luvas  Avental  Proteção ocular (óculos ou protetor facial)  N95  Ign.

**Investigação laboratorial**

Painel Molecular de Patógenos respiratórios – swab nasofaríngeo / lavado broncoalveolar. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign.	PCR em tempo real para detecção Coronavírus. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign.	Raio X de tórax PA e perfil. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign.	Tomografia computadorizada de tórax. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ign.
---	---	---	---

24

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019nCoV), 2020. Brasília-DF Disponível em:  
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf> Acessado em:24/03/2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia –  
SAIS/DAB/SUPERH/ESPBA/SUVISA/DIVEP/SESAB: Orientações para Organização da Atenção Básica (AB) no Enfrentamento do Novo Coronavírus. NT- Novo Coronavírus Nº 01 de 16/03/2020. Salvador-BA Disponível em:  
[https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=18416595&infra\\_%E2%80%A6](https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=18416595&infra_%E2%80%A6)  
Acessado em:25/03/2020.

Boletim Epidemiológico 03 – COE COVID-19 – 21/02/2020. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Disponível em:  
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/2020-02-21-Boletim-Epidemiologico03.pdf> Acessado em: 25/03/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública / COVID-19. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 05. Doença pelo Coronavírus 2019 Ampliação da Vigilância, Medidas não Farmacológicas e Descentralização do Diagnóstico Laboratorial. 2020. Brasília-DF Disponível em: [http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020\\_03\\_13\\_Boletim-Epidemiologico-05.pdf](http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf) Acessado em: 24/03/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 356, DE 11 DE MARÇO DE 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de2020-247538346> Acessado em: 24/03/2020.

BRASIL. Protocolo De Manejo Clínico Do Novo Coronavírus (COVID-19) Na Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde 2020. Disponível em :[http://maismedicos.gov.br/images/Protocolo\\_manejo\\_clinico\\_APS.pdf](http://maismedicos.gov.br/images/Protocolo_manejo_clinico_APS.pdf) Acessado em: 25/03/2020.

Fluxo de atendimento na APS para o novo Coronavírus (2019-NCOV). Disponível em: [https://eqestorab.saude.gov.br/image/?file=20200210\\_N\\_EmktCoronaVirusFluxoV2\\_6121956549677603461.pdf](https://eqestorab.saude.gov.br/image/?file=20200210_N_EmktCoronaVirusFluxoV2_6121956549677603461.pdf). Acessado em: 25/03/2020

Organização e revisão da nota técnica – novo coronavírus  
N 01/2020, de 25 de março de 2020:

## **Comitê Municipal para Prevenção e Enfrentamento contra o novo Coronavírus**

### **Coordenadoria operacional**

Jaqueline Moreira Porto  
Secretária de Saúde

Vitoriano Francisco da Silva Neto  
Secretário de Planejamento e Administração

Hermano da Silva Araújo  
Secretário de Finanças

Dr Matheus de Lima Protázio  
Procurador do Município

Teófila Alves do Amaral  
Controladora Geral do Município

Adelmo Fagundes  
Comandante da Guarda Municipal

### **Equipe Técnica**

Claudia Suely dos Reis Soares  
Diretora do Hospital Municipal Professor José Maria de Magalhães Neto

Dr Aderbal Freire D'Aguiar  
Diretor médico do Hospital Municipal Professor José Maria de Magalhães Neto

Dra Camila Holtz  
Médica de Saúde da Família

Dra Sara Quêzia Lopes dos Santos  
Médica sanitarista e do Trabalho

Carlos Leonardo Andrade de Queiroz  
Coordenador da Vigilância Epidemiológica

27

**Elcylana Marques Souza**  
Gerente e Apoiadora da Atenção Básica

**Erika Rafaela Sobral Machado Matos Carneiro**  
Enfermeira de Saúde da Família

**Janiele Amorim**  
Coordenadora do CCIH do Hospital Municipal Professor José Maria de Magalhães Neto

**Patrick Amorim Campos**  
Coordenador da Assistência Farmacêutica

**Irlane dos Santos Queiroz**  
Técnica de Vigilância Sanitária

**Reginaldo de Oliveira Cavalcanti**  
Assessor de Comunicação – Departamento de imprensa

**Contato: (75)982987259**

Atenciosamente,

  
Jaqueline Moreira Porto  
Secretária Municipal de Saúde  
Decreto nº 005/2017  
**Jaqueline Moreira Porto**  
Secretária Municipal de Saúde



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRATÉGIAS E TECNOLOGIAS PARA GARANTIR ACESSO E RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO-LESTE

**Pesquisador:** Juliana Alves Leite Leal

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 67642521.7.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.224.062

#### Apresentação do Projeto:

Este parecer faz referência a análise de pendência do protocolo de CAAE nº 67642521.7.0000.0053, intitulado " ESTRATÉGIAS E TECNOLOGIAS PARA GARANTIR ACESSO E RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO-LESTE". Trata-se de projeto de pesquisa interinstitucional sob a coordenação da Profa. Dra. Juliana Alves Leite Leal – UEFS/DSAU Vice-Coordenador/a: Profa. Dra. Luciane Cristina Feltrin de Oliveira – UEFS/DSAU. Com financiamento pela CHAMADA FAPESB No 02/2020 - PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS, cujo projeto foi aprovado sob proposta 4487/21808. As informações do protocolo tomam como referência os seguintes documentos: i) B\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1841649.pdf (01/03/2023); ii) Projeto\_PPSUS\_COVID\_APS.pdf (15/10/2021); iii) TCLE\_usuarios.pdf (15/10/2021) e iv) TCLE\_gestores\_trabalhadores.pdf (15/10/2021) e iv. Enviados a plataforma Brasil (15/10/2021). A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como principal eixo estruturante do SUS por ser a principal porta de entrada coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. O surgimento da pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em 2020, impactou diretamente na prestação de cuidados pela APS, quando o foco do sistema de saúde voltou-se para o cuidado hospitalar e fragilizou o atendimento da APS devido a orientação de permanência no domicílio, ao cumprir o isolamento social. A rápida disseminação

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.224.062

do vírus torna-se preocupante para os serviços da APS, assim, propõe-se que as estratégias de enfrentamento ao COVID-19 abranjam os usuários e os profissionais. Os relatos internacionais exitosos mostraram que a telemedicina é uma ferramenta efetiva para a redução do contato presencial entre profissionais de saúde e usuários com síndrome respiratória aguda grave. É neste cenário de distanciamento social, de diminuição do acesso aos serviços de APS e necessidade de manutenção dos cuidados para doenças e agravos para além da COVID -19 que propomos um estudo que venha contribuir para a avaliação e consolidação da APS. O objetivo do estudo é avaliar estratégias e tecnologias utilizadas por municípios da Macrorregião Centro Leste para proporcionar/viabilizar o acesso dos usuários e garantir a resolubilidade das ações e serviços oferecidos pela APS no contexto de distanciamento social. Será realizada um estudo misto utilizando como referencial teórico-metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade de serviços de saúde: Estrutura Processo-Resultado (E-P-R) propostas por Donabedian (1984; 1996), com base nas dimensões de análise da APS de Starfield (2004). A pesquisa será realizada em municípios baianos que compõem a Macrorregião Centro-Leste do Estado da Bahia Na execução da proposta serão realizadas etapas com diferentes propósitos. Na Etapa 1 será feito o levantamento de dados empíricos em bases de dados e documentos oficiais. A Etapa 2 consistirá no levantamento de dados empíricos com gestores e trabalhadores municipais de saúde. A Etapa 3 está destinada a construção de módulo teórico/cartilha direcionado para gestores dos municípios baianos, a partir das experiências exitosas e desafios enfrentados pelos municípios para ampliarem o acesso e a resolubilidade após as medidas de isolamento sócia e Etapa 4 ocorrerá a realização de oficinas de qualificação para apoiar Gestores Municipais. Os métodos de análise de dados, de acordo com a conformação de cada estudo, serão estatística descritiva para os estudos quantitativos e a análise de conteúdo para os estudos qualitativos. Espera-se como retorno a gestão estadual e municipal do sistema de saúde com a proposta de implantação de curso de apoio e capacitação para novas estratégias, fortalecimento da APS no estado, e ampliar parcerias entre professores/pesquisadores/estudantes de instituições de ensino e técnicos/gestores do nível estadual do sistema.

Critérios de exclusão foram escolhidos os seguintes municípios por região: - Região de Serrinha: Retirolândia e São Domingos; - Região de Seabra: Iraquara e Souto Soares; - Região de Itaberaba: Rui Barbosa e Iaçu; - Região de Feira de Santana: Amélia Rodrigues, Iará, Pé de Serra e São Gonçalo dos Campos. O protocolo de pesquisa apresenta os seguintes documento: a) projeto detalhado; b) declaração dos pesquisadores em seguir as resoluções éticas de pesquisa, embora esteja desatualizada e incompletas para alguns pesquisadores; c) folha de rosto assinada e

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.224.062

carimbada pelo representante do Departamento de Saúde. d) TCLE dos usuários; e) TCLE dos trabalhadores do SUS; e f) autorização das secretárias de saúde.

#### Cronograma

Início do projeto (mês 1): junho de 2022

Final do 1ª ano do Projeto: maio de 2023

Final do 2º ano do Projeto: maio de 2024

#### Orçamento Despesas de Capital

Valor de R\$ 3.103,05

#### Despesas de Custeio

Valor R\$ 17.584,00

Total do orçamento R\$ 20.687,05

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

- Avaliar estratégias e tecnologias utilizadas por municípios da Macrorregião Centro - Leste para proporcionar/viabilizar o acesso dos usuários e garantir a resolubilidade das ações e serviços oferecidos pela APS no contexto de distanciamento social.

##### Objetivo Secundário:

- Analisar o impacto/influência da pandemia de Covid-19 sobre o acesso dos usuários dos municípios da Macrorregião Centro-Leste, na Bahia, às ações e serviços da APS.

- Analisar o impacto/influência da pandemia de Covid-19 sobre a resolubilidade das ações e serviços oferecidos pela APS nos municípios da Macrorregião Centro-Leste, na Bahia;

- Descrever as estratégias e tecnologias adotadas pelos municípios da Macrorregião Centro Leste para ampliar o acesso dos usuários e garantir a resolubilidade das ações e serviços oferecidos pela APS;

- Identificar as ações específicas de Telessaúde adotadas como estratégia para garantir o acesso dos usuários e a resolubilidade das ações e serviços oferecidos pela APS;

- Identificar as ações desenvolvidas pelos municípios para inserir e capacitar os trabalhadores da APS para atuarem com as restrições necessárias diante do contexto da Pandemia por Covid-19;

- Identificar facilidades e dificuldades enfrentadas pelos municípios da Macrorregião Centro Leste da Bahia para a (re)organização da APS com vistas à garantia do acesso e à resolubilidade das

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.224.062

ações e serviços oferecidos aos usuários;

- Sistematizar conhecimentos e experiências adotadas na APS dos municípios da macrorregião Centro Leste da Bahia, no que tange ao uso de estratégias e tecnologias para ampliar o acesso e garantir a resolubilidade das ações e serviços oferecidos;
- Identificar experiências exitosas adotadas no contexto atual da pandemia de Covid-19, que possam servir de referência para a (re)organização da APS dos diversos municípios que compõem a Macrorregião Centro Leste da Bahia;
- Elaboração de cartilha e curso de capacitação para gestores e trabalhadores da saúde para apoiar os municípios nas estratégias de ampliação de acesso e garantia da resolutividade das ações e serviços de saúde na APS.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Risco de se sentir desconfortável, inseguro e/ou amedrontado, por falar de um serviço que trabalha ou gerencia, além do risco de retaliação em virtude da recepção positiva ou negativa das informações prestadas.

Benefícios:

Esta pesquisa poderá, através dos seus resultados, trazer benefícios para a comunidade, gestores e trabalhadores de saúde ao apresentar dados que poderão subsidiar a elaboração de estratégias que possibilitem promover o acesso resolutivo dos usuários do SUS aos serviços da APS mesmo diante da Pandemia de Covid-19.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

(Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações")

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Protocolo apresenta:

- 1) Projeto completo (introdução, objetivos, referencial teórico, metodologia detalhada, cronograma, orçamento, referências, apêndices e anexos, se houver)
- 2) Folha de Rosto (devidamente assinada e carimbada) – anexada separadamente
- 3) TCLE – anexado separadamente
- 4) Instrumento de coleta de dados– anexado separadamente

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.224.062

- 5) Autorização do responsável pela Instituição onde será realizada a pesquisa.
- 6) Carta de anuência Declarações de pesquisadores colaboradores se comprometendo em observar os Termos das Resoluções nº. 466/12 e nº. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

PROTOCOLO COM PENDÊNCIAS:

PENDÊNCIA 1 : Orçamento financeiro:

- a) Apresentar orçamento detalhado. Assim, deverá ser acrescentada uma tabela com a descrição dos equipamentos empregados e seus valores (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3, letra e). (PENDÊNCIA ATENDIDA)
- b) Informar a contrapartida da Instituição Proponente (UEFS) / ou fonte de financiamento (Norma Operacional/CNS - CEP/CONEP Nº 001/2013, item 3.3, letra e).(PENDÊNCIA ATENDIDA)
- c) Equiparar valores apresentados nos orçamentos das informações básicas e projeto completo. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

PENDÊNCIA 2: Cronograma de pesquisa:

- a) O Sistema CEP/Conep não analisa projetos de pesquisa que já tenham iniciado a coleta de dados junto ao campo de pesquisa. Solicitam-se esclarecimentos e adequação, conforme item 3.4.1.9 da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013.
- b) Informar submissão do projeto ao CEP e início de coleta de dados após aprovação (Norma Operacional/CNS - CEP/CONEP Nº 001/2013, item 3.4.1.9) (PENDÊNCIA ATENDIDA)
- c) Informar período para retorno social aos participantes (Norma Operacional/CNS - CEP/CONEP Nº 001/2013, item 3.4.1.9). (PENDÊNCIA ATENDIDA).
- d) O cronograma de atividades deve estar em concordância nas informações básicas do projeto e projeto completo. Assim, solicita-se que a padronização dos cronogramas que foram enviados para apreciação ética. (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PENDÊNCIA 3- Na autorização do campo de coleta dos dados:

- a) Na página 15 do projeto completo foi informando que “O estudo será realizado em doze municípios que compõem a Macrorregião Centro-Leste de Saúde do Estado da Bahia”. Entretanto,

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.224.062

no protocolo não foram enviadas todas as autorizações de campo de coleta. Assim, é necessário incluir todas as autorizações dos municípios parceiros do projeto. (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PENDÊNCIA 4- Compromisso ético dos pesquisadores:

a) Anexar ao protocolo a declaração de todos pesquisadores envolvidos na pesquisa, estes devem afirmar a participação no estudo, comprometendo-se cumprir a Resolução nº 466/2012 e Resolução 510/2016 e Resolução nº 580/2018.466/2012, (Norma Operacional/CNS - CEP/CONEP Nº 001/2013, item 3.3, letra c) (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PROJETO COM PENDÊNCIAS:

PENDÊNCIA 1: no projeto foi mencionando os critérios de inclusão e exclusão apenas do local de coleta de dados. Mas, quais são os critérios de inclusão e exclusão dos participantes dessa pesquisa? (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PENDÊNCIA 2: Os participantes do estudo estão divididos em três grupos (Gestores do SUS; Trabalhadores de saúde e Usuários do SUS), logo é necessário apresentar TCLE específico para cada um dos grupos (PENDÊNCIA ATENDIDA).

TCLE COM PENDÊNCIAS:

PENDÊNCIA 1: Esclarecer tempo que ele gastará na entrevista e onde ela será realizada, se o participante não tiver local de escolha (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PENDÊNCIA 2: Informar aos participantes o direito à buscar indenização caso ocorram danos causados pela pesquisa. (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra h e Res. 510/2016 Capítulo IV § 2º e Capítulo III, Art. 9º VI) (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PENDÊNCIA 3: Informar que o TCLE é elaborado em duas vias e garantir que o participante receberá uma via do TCLE ou TALE. (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra f) (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PENDÊNCIA 4: Informar que o contato do CEP é para dúvidas do ponto de vista ético.

PENDÊNCIA 5: O TCLE deve trazer, de forma explícita, os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. (Ver Res. CNS nº 466/12, item VII.2, item IV.5 letra d) (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PENDÊNCIA 6: Deve constar no TCLE que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegada e pelo participante/responsável legal. É

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.224.062

necessário apresentar um espaço no final das páginas para essas rubricas (conforme Item IV.5.d da Resolução CNS nº 466 de 2012) (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PENDÊNCIA 7: Para manter a integridade do documento, é necessário que a numeração das páginas seja feita de acordo com o exemplo: 1 de 5 ou 1/5 (PENDÊNCIA ATENDIDA).

PENDÊNCIA 8: Garantir que o atendimento ao usuário não deverá ser prejudicado, independentemente de sua decisão de participar ou não da pesquisa, devendo essa garantia estar explícita no processo de consentimento e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (PENDÊNCIA ATENDIDA).

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1841649.pdf	26/07/2023 15:48:24		Aceito
Outros	CRONOGRAMA_POS_PARECER_CEP.docx	26/07/2023 15:46:56	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Outros	INTRUMENTO_COLETA_POS_PARECER_CEP.docx	26/07/2023 15:45:55	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_POS_PARECER_CEP.docx	26/07/2023 15:44:18	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo_Pos_parecer_CEP.docx	26/07/2023 15:43:59	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_POS_PARECER_CEP.docx	26/07/2023	Juliana Alves Leite	Aceito

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



# UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 6.224.062

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_POS_PARECER_CEP.docx	15:43:28	Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_CO LAB_Ana_Aurea.docx	16/05/2023 20:01:42	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer.docx	16/05/2023 16:43:54	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_CO LAB_Mariana.docx	16/05/2023 16:40:00	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_CO LAB_Nidia.docx	16/05/2023 16:36:26	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_CO LABORADORES_Cristina_Camargo_as sinado.pdf	16/05/2023 16:33:07	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_CO LAB_Silvania.docx	16/05/2023 16:32:30	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_CO LAB_Luciane.docx	16/05/2023 16:32:14	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_CO LAB_Bianca.docx	16/05/2023 16:23:27	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Outros	Autorizacao_municipios_transcrito.doc	01/03/2023 05:44:50	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Outros	Autorizacao_municipios.pdf	25/02/2023 08:36:39	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/11/2021 09:45:21	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PPSUS_COVID_APS.pdf	15/10/2021 11:18:10	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.pdf	15/10/2021 11:17:54	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores_trabalhadores.pdf	15/10/2021 11:17:44	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficioencaminhamento.pdf	15/10/2021 11:15:17	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficiocoletanaoiniciada.pdf	15/10/2021 11:14:53	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de concordância	oficiocomprometimentoresolucao466.pdf	15/10/2021 11:14:21	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorAnaAurea.pdf	15/10/2021 11:14:03	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaopesquisadorSilvania.pdf	15/10/2021 11:13:44	Juliana Alves Leite Leal	Aceito

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.224.062

Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorNidia.pdf	15/10/2021 11:13:33	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorMariana.pdf	15/10/2021 11:13:06	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorMariaCristina.pdf	15/10/2021 11:12:56	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorLuciane.pdf	15/10/2021 11:12:46	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadoresKleize.pdf	15/10/2021 11:12:33	Juliana Alves Leite Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorBianca.pdf	15/10/2021 11:12:17	Juliana Alves Leite Leal	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FEIRA DE SANTANA, 07 de Agosto de 2023

---

**Assinado por:**  
**LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br