

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**INSTITUTO DE GEOGRAFIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL**  
**SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

**RINALA FERREIRA MAIA**

**COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: repercussões e desafios sob a perspectiva dos  
Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde de uma cidade de grande porte - MG**

**UBERLÂNDIA**

**2023**

**RINALA FERREIRA MAIA**

**COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: repercussões e desafios sob a perspectiva dos  
Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde de uma cidade de grande porte - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Gerusa Gonçalves Moura

**UBERLÂNDIA**

**2023**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

M217  
2023  
Maia, Rinala Ferreira, 1989-  
COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA [recurso eletrônico] :  
repercussões e desafios sob a perspectiva dos  
Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde de uma cidade  
de grande porte - MG / Rinala Ferreira Maia. - 2023.

Orientadora: Geresa Gonçalves Moura.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de  
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do  
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.518>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Moura, Geresa Gonçalves, 1975-,  
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-  
graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.  
III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091  
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do  
 Trabalhador  
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



### ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	12/09/2023	Hora de início:	19h:30	Hora de encerramento:	21h:30
Matrícula do Discente:	12112GST024				
Nome do Discente:	Rinala Ferreira Maia				
Título do Trabalho:	COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: repercussões e desafios sob a perspectiva dos Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde de uma cidade de grande porte - MG				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Geresa Gonçalves Moura, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e orientadora da candidata; Karine Rezende de Oliveira, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU); Poliana Castro de Resende Bonati, da Prefeitura Municipal de Uberlândia.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Geresa Gonçalves Moura apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

#### APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Gerusa Gonçalves Moura, Professor(a) do Magistério Superior**, em 14/09/2023, às 18:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Karine Rezende De Oliveira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/09/2023, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Poliana Castro de Resende Bonati, Usuário Externo**, em 22/09/2023, às 06:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4821110** e o código CRC **79F3A260**.

---

*“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.*

*Eduardo Galeano*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me amparado ao longo dessa trajetória, fortalecendo e conduzindo meus passos rumo a um processo de importante crescimento pessoal e profissional.

Aos meus familiares, por serem meu ponto de equilíbrio em meio aos desafios e as exigências de seguir caminhando. Por vivenciarem ao meu lado os feitos e efeitos das construções desenhadas a partir dos pequenos passos.

À minha Orientadora, Profa. Dra. Gerusa Gonçalves Moura, por ter me acompanhado ao longo desse período com suas orientações e direcionamento, dividindo comigo essa jornada tão importante na minha trajetória.

Aos colegas do Mestrado, por terem compartilhado esse processo de construção e aprendizado, no qual foi possível muitas trocas a partir da diversidade e do objetivo comum.

À Universidade Federal de Uberlândia (UFU), ao Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia (IGUFU) e à Instituição Coparticipante da pesquisa pelo apoio e as importantes contribuições para que esta pesquisa se efetivasse.

Aos meus colegas e amigos, de maneira especial à Naessa Santos Borges Zure, que me apresentou o Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT), oferecendo orientações e incentivo para retomar esse projeto.

## RESUMO

A Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) se impôs como um grave problema de saúde pública, configurando-se como o maior desafio sanitário do século, principalmente em consequência de seu potencial de disseminação em rápida escala em todo o mundo. A pandemia exigiu respostas rápidas dos sistemas de saúde, evidenciando que elas precisariam ir além dos serviços hospitalares, exigindo uma reorganização da Atenção Primária a Saúde (APS), das ações territorializadas, comunitárias e domiciliares, tanto no atendimento diretamente ligado aos impactos do vírus, como também mantendo as atividades peculiares a este nível de atenção. Com o objetivo de discutir as repercussões e os desafios encontrados no enfrentamento da COVID-19 na Atenção Primária, realizou-se um estudo qualitativo para a compreensão do fenômeno sob a ótica dos Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde que possuem visão estratégica sobre os vários processos e atores envolvidos na organização e na gestão local em saúde. Para isso, foram feitas entrevistas semiestruturadas com gerentes de um setor sanitário de um município de Minas Gerais, durante os meses de julho e agosto de 2022, o que totalizou 17 abordagens, já que o Setor conta com 14 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e três Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma delas com um enfermeiro responsável por sua gestão. Desse total, 10 entrevistas foram realizadas presencialmente, tendo sido excluídos aqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão e os que não puderam ou não tiveram disponibilidade de participar. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e impressas para organização e leitura flutuante do material, o que permitiu a categorização dos resultados encontrados, submetidas ao método de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados encontrados foram divididos em seis categorias a partir da semelhança das falas: Serviços na Atenção Primária; Desafios Relacionados à Equipe; Desafios Relacionados à População; Desafios na Gestão da Unidade na Pandemia; Desafios Relacionados à Biossegurança e Desafios Relacionados à Gestão em Saúde e à Organização Social. A partir desses achados é possível observar que muitos foram os desdobramentos da pandemia na APS e nos diversos atores envolvidos na sua operacionalização, para além disso, já se vê vários dos impactos desse período nos indicadores de saúde da população, principalmente porque muitos dos serviços foram interrompidos ou reduzidos na medida em que o foco das ações em saúde estava voltado ao contexto hospitalar e ao atendimento a situações agudas. A pandemia atingiu a população brasileira em um momento de muitas vulnerabilidades sociais, econômicas, políticas e estruturais, por consequência evidenciou diversos gargalos na organização dos serviços de saúde e no enfrentamento ao cenário de crise, consequência também das ações equivocadas e negligências do governo na condução do período. Assim, ficou evidente o quanto é necessário e urgente a retomada e o fortalecimento das ações peculiares da Atenção Primária por meio de investimentos, da coordenação do cuidado e sobretudo da mudança de paradigma assistencial para que haja a efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saúde, conforme é preconizado constitucionalmente. Somente por meio desse nível de atenção, de suas possibilidades de alcance e de atuação é possível vislumbrar melhora no cenário sanitário brasileiro e no enfrentamento a situações de crise, como o contexto pandêmico.

**Palavras-chave:** Unidades Básicas de Saúde, COVID-19, Organização das Redes de Atenção, Atenção Primária. Coordenadores.

## ABSTRACT

COVID-19 has emerged as a serious public health problem, configuring itself as the greatest health challenge of the century, mainly as a result of its potential for rapid dissemination around the world. The pandemic required quick responses from health systems, showing that they needed to go beyond hospital services, requiring a reorganization of Primary Health Care (PHC), of territorialized, community and home actions, both in terms of care directly linked to the impacts of the virus, as well as maintaining the activities peculiar to this level of attention. With the aim of discussing the repercussions and challenges encountered in coping with COVID-19 in Primary Care, a qualitative study was carried out to understand the phenomenon from the perspective of coordinators of basic health units who have a strategic vision of the various processes and actors involved in the organization and local management in health. For this, semi-structured interviews were carried out with managers of a health sector in a municipality in Minas Gerais, during the months of July and August 2022, which totaled 17 approaches, since the Sector has 14 Basic Family Health Units and three Basic Health Units, each with a nurse responsible for its management. Of this total, 10 interviews were carried out in person, with those who did not meet the inclusion criteria and those who were unable or unwilling to participate being excluded. All interviews were transcribed in full and printed for organization and floating reading of the material, which allowed the categorization of the results found, submitted to Bardin's method of content analysis. The results found were divided into six categories based on the similarity of the speeches: Services in Primary Care; Team Related Challenges; Population Related Challenges; Challenges in Unit Management in the Pandemic; Challenges Related to Biosafety and Challenges Related to Health Management and Social Organization. Based on these findings, it is possible to observe that there were many consequences of the pandemic in PHC and in the various actors involved in its operation, in addition, several of the impacts of this period on the health indicators of the population are already visible, mainly because many of the services were interrupted or reduced to the extent that the focus of health actions was on the hospital context and care for acute situations. The pandemic hit the Brazilian population at a time of many social, economic, political and structural vulnerabilities, as a result of which it highlighted several bottlenecks in the organization of health services and in facing the crisis scenario, also a consequence of the government's mistaken actions and negligence in conducting of the period. Thus, it became evident how necessary and urgent it is to resume and strengthen the specific actions of Primary Care through investments, coordination of care and, above all, the change in the care paradigm so that the guidelines of the Unified Health System are implemented, as constitutionally prescribed. Only through this level of attention, its possibilities of scope and action, is it possible to envision an improvement in the Brazilian health scenario and in coping with crisis situations, such as the pandemic context.

**Keywords:** Basic Health Units, COVID-19, Organization of Care Networks, Primary Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Roteiro de entrevista semiestruturada.....	34
Quadro 2 –	Categorias de respostas.....	34
Quadro 3 –	Categoria 1: respostas.....	36
Quadro 4 –	Categoria 2: respostas.....	47
Quadro 5 –	Categoria 3: respostas.....	55
Quadro 6 –	Categoria 4: respostas.....	64
Quadro 7 –	Categoria 5: respostas.....	70
Quadro 8 –	Categoria 6: respostas.....	73

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária de Saúde
CASAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EAB	Equipe de Atenção Básica
eCR	Equipe do Consultório de Rua
ESF	Equipe Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	Unidades de Atendimento Integrado
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>A pandemia de COVID-19 E SEUS REFLEXOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA..</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>Os profissionais da saúde no contexto pandêmico .....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>análise dos RESULTADOS: contexto, repercussões e desafios.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Categoria 1 - Serviços na Atenção Primária .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>Categoria 2 - Desafios relacionados à equipe .....</b>	<b>47</b>
<b>4.3</b>	<b>Categoria 3 - Desafios relacionados à população.....</b>	<b>54</b>
<b>4.4</b>	<b>Categoria 4 - Desafios na gestão da unidade na pandemia .....</b>	<b>63</b>
<b>4.5</b>	<b>Categoria 5 - Desafios relacionados à biossegurança .....</b>	<b>69</b>
<b>4.6</b>	<b>Categoria 6 - Desafios relacionados à Gestão em Saúde e à Organização Social .</b>	<b>73</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>91</b>
	<b>ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>99</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A vivência de uma situação extrema e incerta nas proporções da Pandemia de COVID-19 traz inúmeras repercussões sociais, econômicas e de saúde. A ameaça à vida, o número de doentes e mortos, o isolamento social, a possibilidade de infecção e a mudança na rotina das pessoas geram impactos em toda a sociedade.

De modo especial, os trabalhadores da saúde, já marcados por ambientes e processos de trabalho conhecidos pelo elevado nível de estresse, encontram-se ainda mais vulneráveis diante da necessidade de trabalhar diretamente no enfrentamento à Pandemia, tendo que adequar-se a uma nova rotina no ambiente de trabalho, a constantes mudanças de protocolos de atendimento e de biossegurança.

O cenário pandêmico também impactou diretamente os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, gerando um verdadeiro colapso, não apenas pelo volume de internações hospitalares, que acabou ficando em evidência dada a quantidade de casos graves que demandavam por terapêuticas dessa complexidade, mas pela falta de coordenação nacional que oferecesse diretrizes de atuação que contemplassem a maior parte das pessoas. A lógica hospitalocêntrica, centrada na doença, ficou evidente quando ao longo do período pandêmico, nos momentos mais críticos, só se falava em aumentar a quantidade de leitos de internação disponíveis, mas pouco se discutiu sobre a continuidade das ações e atendimentos na Atenção Primária, as suas possibilidades de articulação e de alcance, assim como a necessidade de fortalecer as equipes e suas intervenções.

A Atenção Primária é conhecida por ser a grande ordenadora do fluxo da rede de saúde, já que é a entrada principal e preferencial dos usuários, oferecendo atendimentos voltados para a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde de uma coletividade. O trabalho das equipes das Unidades Básicas é fundamental para garantir a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, a partir de ações territoriais e do vínculo com a população adscrita que permite reconhecer situações de potencialidades e vulnerabilidades e intervir sobre elas.

Esse nível de atenção, embora apresente limitações em relação às intervenções diante dos pacientes mais graves, era fundamental para o enfrentamento e a mitigação da Pandemia. Apesar disso e de todas as recomendações internacionais, o que se viu foi a descontinuidade dos serviços, a indisponibilidade de equipamentos sociais e de saúde, que deixaram a população ainda mais vulnerável à infecção pelo Coronavírus e a todas as outras situações que se agravaram pelo não cuidado, gerando prejuízos incalculáveis para a saúde brasileira.

Dado o exposto, o contexto da Pandemia alterou significativamente os processos de trabalho das Unidades Básicas, que muitas vezes ficou limitada ao atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios e com agudizações de situações crônicas. Dessa maneira, buscou-se compreender as repercussões e os desafios encontrados na Atenção Primária no enfrentamento à Pandemia sob a ótica dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde, por terem uma visão privilegiada sobre as circunstâncias, os processos de trabalho, as questões estruturais, os materiais disponíveis e os atores envolvidos no processo: os profissionais da saúde, a população e a gestão municipal.

A COVID-19, infecção causada pelo Coronavírus (*Sars-Cov-2*), configura-se como um grave problema de saúde pública, principalmente por sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis; além de causar fortes impactos econômicos, sociais, psicológicos e políticos no mundo inteiro. Os números alarmantes a fizeram tomar proporções pandêmicas e ser considerada o maior desafio sanitário mundial do século (Werneck e Carvalho, 2020).

Até o final de maio de 2023, foram confirmados quase 800 milhões de casos de COVID-19 e 7 milhões de mortes em decorrência do vírus pelo mundo. O Brasil registrou números assustadores, sendo o país com o segundo maior número de óbitos, ultrapassando 700 mil registros, tendo também alcançado quase 38 milhões de infectados pela doença (Gavi, 2023).

O prenúncio desse cenário veio logo em sua fase inicial, na qual poucos meses separaram o primeiro caso de infecção na China, em dezembro de 2019, da classificação da doença como Pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020. Desde então se tornou um grande desafio para a ciência e para a sociedade, exigindo respostas rápidas dos sistemas de saúde do mundo inteiro (Gavi, 2020).

A Organização Mundial da Saúde já alertava para a possibilidade de novas ondas da doença em maior ou menor magnitude já no mês de abril de 2020, embora ainda houvesse muitas incertezas, tal previsão se tornou concreta e observável no decorrer do tempo. Muitos países que já haviam estabilizado o número de novos casos apresentaram aumento na incidência de COVID-19 em alguns períodos, em uma oscilação entre momentos mais estáveis e instáveis (Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2020a).

Em detrimento do contexto, a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (2020a) estabeleceram que os países deveriam elaborar planos de ação para o enfrentamento do ressurgimento de casos e que se empenhassem na detecção, no diagnóstico

e no atendimento aos infectados em todos os níveis de atenção. Conforme recomendado, as respostas precisariam ir além dos serviços hospitalares e da oferta de leitos.

Dessa maneira, fez-se imperativa uma Atenção Primária de Saúde (APS) organizada para o enfrentamento e para a mitigação da pandemia, visto que, por meio dela é possível realizar a vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários com COVID-19, suporte a grupos vulneráveis e, ainda, a continuidade de ações próprias deste nível de atenção. E, como estava previsto uma longa duração da Pandemia, com alternâncias de isolamento social em maior ou menor proporção, seria necessária uma reorganização de procedimentos da APS, assim como a criação de outras formas de cuidado (Medina *et al.*, 2020).

Dentro dessa perspectiva, Ferreira *et al.* (2020) apontou o surgimento de um grande desafio para os profissionais da saúde que precisaram se adequar às demandas da pandemia, sem perder de vista os demais serviços da Atenção Primária. Houve mudanças nos processos de trabalho, readequações nas ações e estratégias de abordagem da população, assim como a implantação de novas formas de assistência. Além disso, intensificaram-se as necessidades de cuidado com a biossegurança, o uso de equipamentos de proteção individual, a gestão do desperdício e a organização de ambientes de trabalho em respeito aos novos protocolos.

Houve, portanto, mudanças significativas nos processos de trabalho, assim como impactos na saúde do trabalhador no enfrentamento de uma Pandemia. O desafio pareceu ainda maior para os gestores, que além de prestarem assistência a população, precisavam intermediar as novas diretrizes e protocolos, organizar as novas formas de atendimento e lidar diretamente com as repercussões destas medidas nos demais trabalhadores (Melo *et al.*, 2020; Melo; Machado, 2013).

Os Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde são responsáveis por administrar a pressão externa por resultados, por agilidade e flexibilidade e, ao mesmo tempo, colocaram-se diante das demandas dos profissionais, que buscavam por controle e previsibilidade. Tudo isto fez com que estivessem diante de um conflito, como mediadores da gestão municipal, dos trabalhadores e dos usuários (Henrique, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) estabelece que a gerência das Unidades de Saúde seja feita por profissionais qualificados e que, preferencialmente, tenham graduação em nível superior. O objetivo do trabalho dessas lideranças é assegurar o planejamento em saúde, levando em consideração as necessidades do território e da comunidade. Mais especificamente, trata-se de uma função técnico-gerencial que envolve participação e orientação no processo de territorialização, realização de diagnóstico situacional, planejamento e programação das atividades das equipes.

Em função disso, esses profissionais conseguem ter uma visão estratégica dos principais desafios encontrados, suas repercussões no contexto do trabalho e da comunidade. Eles também podem apontar com mais clareza pontos de dificuldade que venham a surgir, assim como novas estratégias que se mostram eficientes e que podem continuar sendo utilizadas mesmo depois da pandemia, como facilitadores do cuidado em saúde.

Considerando o exposto, o objetivo do trabalho é trazer luz para as repercussões e os desafios encontrados no enfrentamento da Pandemia de COVID-19 no contexto da Atenção Primária, a partir do olhar dos Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Uberlândia/MG. Em consequência disso, buscou-se descrever o conjunto de ações e serviços que eram desenvolvidos nas Unidades Básicas antes da pandemia; também almejou-se caracterizar as mudanças dos fluxos de atendimento, dos protocolos de segurança e das diretrizes de atuação na Atenção Primária a partir da pandemia; bem como analisar os impactos dessas mudanças na gestão dos serviços a partir do novo cenário imposto.

Para que os objetivos fossem alcançados, iniciou-se um levantamento de estudos publicados sobre a COVID-19 e sua interface com a Atenção Primária à Saúde. Como se trata de um evento de grandes proporções e que foi se desenhando ao longo do tempo, foram necessárias revisões constantes de bibliografia, por meio de análise de dados oficiais publicados pela Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Outra fonte utilizada foi a revista mensal *Cadernos de Saúde Pública*, publicada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, além de outras plataformas e revistas científicas sobre a temática.

A leitura sistemática dos artigos possibilitou a análise do conteúdo e do cenário de crise instalado, instigando problemáticas e hipóteses que nortearam as definições dos objetivos desta pesquisa e delimitaram os caminhos metodológicos que seriam adotados. Dessa maneira, constatou-se a necessidade de investigar as repercussões e desafios encontrados na APS a partir do olhar dos Coordenadores destas Unidades de Saúde, por compreender que são profissionais que possuem funções técnico-gerenciais e assistenciais, tendo uma visão privilegiada sobre os processos de trabalho, o planejamento das ações, a mediação de conflitos e que fazem o elo entre a gestão municipal, as equipes intra e intersetoriais e os trabalhadores, o que os coloca como atores fundamentais neste contexto.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa por buscar compreender um fenômeno a partir das práticas cotidianas e das perspectivas de um sujeito, com liberdade para que os participantes se expressem e revelem detalhes do contexto estudado a partir de suas vivências (Flick, 2013).

Tendo em vista o exposto, foram feitas entrevistas semiestruturadas com gerentes de Unidades Básicas de Saúde do Setor Oeste do município de Uberlândia, Minas Gerais, durante os meses de julho e agosto de 2022. A cidade é dividida em cinco setores sanitários de acordo com o território, as características epidemiológicas, as necessidades da população e os serviços de saúde disponíveis. O Setor Oeste foi escolhido por ser o maior deles, em extensão e em volume populacional, foi também o que teve maior quantidade de atendimentos no período pandêmico. Além disso, é uma das regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica, critério apontado por diversos autores como fator crítico ao enfrentamento da pandemia.

Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Anexo A, utilizou-se um roteiro composto de oito perguntas norteadoras (Apêndice A). Antes do início dessa etapa, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) e, depois da concordância, tiveram suas entrevistas gravadas para posterior transcrição e análise.

Foram convidados a participar da pesquisa todos os gerentes das Unidades do distrito sanitário escolhido para a aplicação do estudo, o que totalizou 17 abordagens, já que o Setor conta com 14 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e três Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma delas com um enfermeiro responsável por sua gestão (Uberlândia, 2018).

As entrevistas foram realizadas de maneira presencial e agendadas de acordo com a disponibilidade e compatibilidade das agendas dos entrevistados e do pesquisador. As transcrições e áudios da pesquisa foram arquivados e serão mantidos por cinco anos em arquivo de acesso exclusivo da equipe executora, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, após esse período serão descartadas.

Foram incluídos na pesquisa os gerentes de Unidades Básicas de Saúde e de Unidades Básicas de Saúde da Família, atuantes no setor escolhido como objeto do estudo, ativos quanto à sua situação funcional no momento da coleta de dados e que iniciaram suas funções antes do início da pandemia. Foram excluídos aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, aqueles que não tiveram disponibilidade ou não quiseram participar da pesquisa.

Dos 17 gerentes do Setor, todos foram abordados e convidados a participar aqueles que não foram encontrados pessoalmente nas Unidades, foram acionados por meio de contato telefônico e por aplicativos de mensagens. Desse total, 10 entrevistas foram realizadas presencialmente; 1 pessoa não atendia os critérios de inclusão; 2 profissionais encontravam-se

afastados por motivos de saúde e 4 não tiveram disponibilidade ou não quiseram participar da pesquisa. Assim, foram totalizadas 10 entrevistas.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e impressas para organização e leitura fluente do material, o que permitiu a categorização de dados e a análise dos resultados encontrados. As transcrições foram submetidas ao método de análise de conteúdo de Bardin (2011), para categorização temática e interpretação dos dados por meio de inferências apoiadas nos mecanismos clássicos da comunicação.

O presente trabalho está organizado em capítulos, sendo que no Capítulo 1 encontra-se uma contextualização sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), seus princípios e forma de organização. Caracteriza a APS como a porta principal de acesso e a base do funcionamento de todos os outros níveis de atenção em saúde, sendo a responsável pela organização e racionalização dos recursos, pela promoção, manutenção e melhoria da saúde das populações. Ela está estrategicamente posicionada em meio ao território em que as pessoas vivem, podendo observar e atuar sob os determinantes sociais em saúde dessas coletividades. Reforça ainda a importância da estrutura necessária e dos profissionais que atuam para que se efetive esse modelo assistencial, fundamental para uma saúde universal e integral, bem como para o enfrentamento de qualquer crise sanitária.

O Capítulo 2 aborda o cenário da pandemia de COVID-19, suas repercussões sanitárias, sociais, políticas e econômicas. O contexto grave desafiou a comunidade científica na tentativa de minimizar os impactos da emergência em saúde, principalmente porque inicialmente havia uma rápida disseminação do vírus pelo mundo, mas não havia qualquer medicação ou vacina que pudesse conter os efeitos do vírus. Tal situação gerou uma corrida para a consolidação de um programa de imunização, além de ter evidenciado a importância de medidas de isolamento e distanciamento social. Ademais, as ações em saúde precisariam ir além da oferta de leitos hospitalares e abranger todos os níveis de atenção, tanto para a mitigação da pandemia quanto para o enfrentamento de outros problemas de saúde pública que poderiam agravar as consequências da crise imposta pela COVID-19 à população. Dessa maneira, a Atenção Primária emergiu como protagonista necessária para que os serviços de saúde tivessem continuidade e para que ações que lhe são peculiares fossem usadas como estratégias de mitigação do imbróglio.

No Capítulo 3 estão descritos os resultados encontrados no presente estudo, a caracterização do setor sanitário escolhido e dos participantes da pesquisa. A partir das entrevistas semiestruturadas foram realizadas a análise dos conteúdos que foram agrupados a partir de semelhanças em seis categorias: Serviços na Atenção Primária; Desafios

Relacionados à Equipe; Desafios Relacionados à População; Desafios na Gestão da Unidade na Pandemia; Desafios Relacionados à Biossegurança e Desafios relacionados à gestão em saúde e à Organização Social.

Em suma, foram apresentadas as considerações finais com as reflexões sobre os desdobramentos da Pandemia e a necessidade de construir respostas sanitárias condizentes às diversas demandas impostas pela crise. Isso inclui estratégias em todos os níveis de atenção, contemplando não somente os serviços hospitalares, mas também o fortalecimento da APS, com investimentos que possibilitassem planejamento estratégico de novas intervenções, assim como a continuidade de cuidados a partir da superação de dificuldades operacionais e estruturais impostas pela COVID-19 e pelo histórico subfinanciamento do SUS. Embora pareça um caminho óbvio e amparado legalmente, na prática, o que se vê é que o modelo assistencial biomédico ainda prevalece como o centro das ações e investimentos em saúde no país que precisa urgentemente avaliar a reorientação dessas ações.

## 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida mundialmente como uma estratégia de organização da atenção à saúde que busca atender de maneira regionalizada, contínua e sistemática a maior parte das demandas sanitárias de uma população, incorporando ações preventivas e curativas (Starfield, 2002).

A ideia foi apresentada pela primeira vez em 1920, no conhecido Relatório de Dawson. O governo inglês, preocupado com os elevados custos em saúde, propôs um modelo que fosse mais resolutivo e menos oneroso, já que o atendimento centrado na doença, na concepção biomédica, curativa e individual não estava se mostrando efetiva. O relatório estabelecia que houvesse centros primários e secundários, serviços domiciliares, suplementares e hospitais de ensino (Portela, 2017).

Foi preconizado, de acordo com o relatório, que os serviços primários e domiciliares fossem organizados por regiões e que ali fossem assistidas a maior parte das demandas por uma equipe composta de médicos generalistas, profissionais da enfermagem e especialistas visitantes. Em contrapartida, as situações que extrapolassem a capacidade de intervenção daqueles estabelecimentos deveriam ser encaminhadas para os serviços secundários, onde haveria especialistas de diversas áreas; e, para os hospitais nas situações com indicação de internação ou cirurgia, obedecendo a uma hierarquia de custos e complexidades (Portela, 2017).

De acordo com Fausto e Matta (2007), a partir dessa primeira proposta surgiram conceitos importantes que caracterizam a Atenção Primária, tais como: a regionalização, a hierarquização e a integralidade do atendimento. O modelo inglês contribuiu com a organização dos sistemas de saúde do mundo inteiro, sendo a princípio utilizado por países desenvolvidos, preocupados com a redução dos custos e maior eficiência sanitária. Uma das razões que fortaleceram a busca pela incorporação desse modelo tem suas raízes nos conceitos formulados pela medicina preventiva, pensando na prática médica próxima ao ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias, que seriam determinantes para a prevenção e o controle do adoecimento.

Em decorrência do interesse internacional, nos anos 1970, a APS ganhou destaque nas discussões e na agenda das políticas de saúde no mundo, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) se tornado uma grande disseminadora desta proposta. À medida que os países foram desenvolvendo programas nessa direção e observando os resultados das experiências, tornou-se imperativa a necessidade de organizar a I Conferência Internacional Sobre Cuidados

Primários em Saúde, com vistas a aumentar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e, por consequência, atingir as metas do Programa Saúde para Todos no Ano 2000 (Fausto; Matta, 2007).

Durante a Conferência, realizada em Alma-Ata, surgiu a primeira definição sobre Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo a Declaração, tratava-se dos cuidados essenciais à saúde, realizados por meio de tecnologias acessíveis, baseados em métodos práticos e científicos, que deveriam estar disponíveis de maneira universal aos indivíduos, famílias e comunidades. De acordo com o documento, a APS deveria estar presente em todos os países, sendo fundamentalmente o primeiro nível de contato com a população, ofertando uma atenção continuada que estivesse próxima de onde as pessoas vivem e trabalham (Declaração..., 2002).

Em sua definição clássica, Starfield (2002) descreve a APS como a base para o funcionamento de todos os outros níveis de atenção, sendo a responsável pela organização e racionalização dos recursos, com o objetivo de promoção, manutenção e melhoria da saúde. Para isso, ela deveria funcionar como a porta de entrada do usuário para todas as suas necessidades, oferecendo cuidado para a pessoa e não apenas para a sua enfermidade.

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária foi precursor de mudanças profundas no setor da saúde, até então marcado por condições precárias, iniquidades e acesso restrito a apenas uma parte da população. A mobilização política e social culminou na implantação de um sistema universal e integrado, o Sistema Único de Saúde (SUS), que se concretizou a partir da Lei Orgânica da Saúde, a conhecida Lei nº 8080/90 (Paim *et al.*, 2018; Brasil, 1990).

O dispositivo legal traz um conceito ampliado de saúde, elencando os determinantes sociais que estão diretamente relacionados à qualidade de vida da população. Dessa maneira, não é possível compreender a maioria dos problemas sanitários sem levar em conta o lugar e o modo de vida das pessoas, as condições de renda e de habitação, a qualidade da alimentação, o acesso à educação e à cultura, assim como o acesso aos serviços (Brasil, 1990). Para Lima (2016), somente a partir da compreensão do papel do lugar e dos contextos do cotidiano sobre a saúde é que se torna possível a instrumentalização de ações e práticas que possam oferecer uma atenção integral aos indivíduos.

Pitombeira e Oliveira (2020) também refletem sobre esse aspecto e afirmam que, ao se considerar as questões socioeconômicas como determinantes do processo de saúde-doença, não se pode deixar de evidenciar as desigualdades sociais e a necessidade imperativa de propor soluções equânimes de acordo com as particularidades de cada território.

Em consonância com essa perspectiva, o Programa de Saúde da Família foi criado em 1994 como uma alternativa às práticas convencionais, posteriormente sendo reconhecido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial no país, que buscava operacionalizar e organizar a APS. Ao longo dos anos, muitos movimentos aconteceram em direção à consolidação e à qualificação da Estratégia Saúde da Família, destacando-se a criação do Departamento da Atenção Básica, em 2000; a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e o Pacto pela Saúde e pela Vida, ambos em 2006.

A PNAB compreende e utiliza os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária em Saúde (APS) como sinônimos. No artigo 2º, o documento define que

[...] a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, s./p.).

De acordo com Giovanella, Franco e Almeida (2020), uma vez que a APS é a porta de entrada principal das pessoas ao SUS, ela destaca-se por aliar a prática assistencial à vigilância em saúde e tem como estratégia prioritária a adoção do modelo Saúde da Família. Essencialmente ela tem uma abordagem que associa a vigilância epidemiológica e sanitária, a territorialização e a distritalização, o atendimento clínico e políticas intersetoriais, o atendimento programado e o acolhimento à demanda espontânea, com foco nas famílias e centrado no usuário.

Para realizar esse trabalho, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ter uma infraestrutura compatível com o tamanho da população adscrita e suas características, considerando aspectos como: densidade demográfica, composição, atuação e tipos de equipes, as especificidades da população e as ações e serviços de saúde que estarão disponíveis. Minimamente recomenda-se que as UBS tenham funcionamento com carga horária de 40 horas semanais, cinco dias da semana, durante o ano todo; podendo, ainda, ser pactuados horários alternativos de funcionamento, conforme a necessidade do território e de modo a garantir acesso facilitado (Brasil, 2017).

Além disso, é necessário um planejamento estratégico que exige dos municípios a programação do trabalho, a formação de recursos humanos, a adequação do espaço físico para atendimento e a disponibilização de materiais. Os serviços devem ser instalados nos

territórios, conforme as necessidades de saúde, em estabelecimentos que recebem o nome de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2017).

Os profissionais desses dispositivos são atores fundamentais no processo de trabalho e devem, a partir de sua atuação, garantir atendimento integral, efetivo e humanizado aos usuários do serviço, como recomenda a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008). A normativa dispõe sobre a atenção e a gestão do SUS que devem ser promotoras de autonomia, protagonismo dos sujeitos e corresponsabilidade no cuidado. Também é necessário que os trabalhadores busquem romper com práticas fragmentadas, fazendo o planejamento do cuidado, a articulação intersetorial e a prática de ações interdisciplinares, multidisciplinares e transdisciplinares.

A PNAB define que as equipes devem ser compostas por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo também ser incluídos o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O núcleo de profissionais pode ser ampliado com o atendimento de trabalhadores de diferentes categorias e ocupações na área da saúde, com o objetivo de garantir atendimento integrado e dar suporte aos demais (Brasil, 2017).

Sousa *et al.* (2019) afirmam que todo o trabalho desenvolvido na direção de aprimorar a APS demonstra que existe uma proposta capaz de promover uma mudança progressiva, necessária a aplicação dos princípios constitucionais e que estão sendo construídas desde a instauração de um sistema público de saúde. Para os autores é inegável os avanços em direção ao rompimento de um modelo ainda muito hospitalocêntrico no país. Contudo, embora exista um movimento de consolidação de mudanças de paradigmas assistenciais, o modelo praticado ainda é muito centrado na figura do médico e voltada para o tratamento de doenças já instaladas, em detrimento das ações preventivas.

Faria (2020) é ainda mais enfático quando defende que, apesar de terem ocorrido alguns avanços, o projeto assistencial territorializado nunca se efetivou, tendo ficado muito no campo ideológico. Segundo o autor, para além de dividir geograficamente territórios, era necessário realizar um planejamento de ações e, mais do que isso, estabelecer uma relação de vínculo e pertencimento entre a população e os serviços. Essa ideia ganhou força com a implementação dos Distritos Sanitários, dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, que passaram a ser parte das estratégias em torno da Saúde da Família e das Redes de Atenção à Saúde da Família.

Seguindo seu raciocínio, aponta como algumas das dificuldades encontradas: o atraso na publicação da PNAB, que só veio a ser produzida quase 20 anos após a constituinte; o subfinanciamento do Estado, com um conseqüente estrangulamento financeiro dos municípios, que inviabilizam o funcionamento do sistema; os retrocessos em algumas normativas em que há a flexibilização do modelo assistencial, evidenciada pela quase retirada do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Equipe Saúde da Família (ESF) e o reconhecimento de uma nova forma de trabalho das equipes com flexibilização de horários e da composição da equipe mínima exigida (Faria, 2020).

Por outro lado, Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020) afirmam que embora existam muitos desafios para a APS, tais como a extensão e a diversidade brasileira, principalmente em função das suas dimensões continentais que contemplam mais de 5500 municípios e suas peculiaridades, é tangível a melhora nos indicadores de saúde do país e a redução de hospitalizações desnecessárias. Em consonância aos progressos conquistados, resta o desafio de resgatar a vontade política de fortalecimento das ações e princípios norteadores do SUS para tornar possível a ampliação da cobertura da ESF para toda a população brasileira.

A PNAB estabelece que a gerência das Unidades de Saúde seja feita por profissionais capacitados e que tenham preferencialmente graduação em nível superior. O trabalho dessas lideranças consiste em assegurar o planejamento em saúde, levando em consideração as necessidades do território e da comunidade. Trata-se de uma função técnico-gerencial que envolve participação e orientação no processo de territorialização, realização de diagnóstico situacional, planejamento e programação das atividades das equipes (Brasil, 2017).

Como parte de suas atribuições, o gestor precisa monitorar o trabalho, analisar resultados e propor estratégias para que as metas sejam alcançadas e as políticas públicas implementadas. É o profissional que deve buscar a mediação de conflitos e a resolução de problemas. Também precisa se atentar para a segurança dos demais trabalhadores, promover o uso consciente dos recursos físicos, tecnológicos e de equipamentos da Unidade, assim como garantir sua manutenção e preservação. Para além disso, é um representante, um articulador intra e intersetorial, assim como um gestor dos recursos humanos que identifica deficiências, propõe atividades de educação permanente e estimula a participação dos profissionais e dos usuários em instâncias de controle social (Brasil, 2017).

Apesar de não haver uma definição da PNAB de uma categoria profissional específica para exercer o papel de Coordenador das Equipes de Saúde da Família, alguns autores demonstram que os enfermeiros têm se apropriado cada vez mais dos cargos de gerência e coordenação das Unidades (Jonas; Rodrigues; Resck, 2011). Segundo Melo e Machado

(2013), o enfermeiro emerge como uma referência para toda a equipe multiprofissional, aumentando suas atribuições para além do núcleo de suas práticas assistenciais, com a responsabilidade de gerenciar processos de trabalho e realizar atenção em saúde. Estabelecem elo entre a Unidade e os outros níveis de gestão, fazendo a gestão da equipe multiprofissional, além de acumularem funções administrativas.

De acordo com Soder *et al.* (2018), a atuação do enfermeiro na gestão e na articulação dos processos assistenciais é uma atividade complexa que ainda precisa romper com a fragmentação e a burocracia, mas que está intimamente ligada a qualidade da organização dos serviços prestados e as possibilidades de mudanças no modelo vigente. Então os coordenadores são protagonistas que podem impulsionar a construção e o rompimento de paradigmas, a partir de uma gestão de cuidado responsável, construída a partir das articulações e do vínculo estabelecido com os diversos atores do processo.

A gestão das Unidades Básicas de Saúde é, portanto, um campo de conhecimento e de práticas multifacetado que exigem conhecimento técnico, mas acima de tudo capacidade de aplicação e adaptação às necessidades do território. Isso denota uma atuação estratégica com a administração de todas as variáveis relacionadas à gestão de informações, desempenho, processos de trabalho, quantidade de insumos e resultados alcançados (Universidade Federal de Santa Catarina, 2016).

Em função disso, os gestores configuram-se como profissionais imprescindíveis para a organização e o bom funcionamento da APS em todas as suas peculiaridades, principalmente em situações de crise sanitária que exigem a reorganização do cuidado e do planejamento de estratégias em saúde, como no caso da pandemia de COVID-19, cujo assunto será discutido a seguir.

### 3 A PANDEMIA DE COVID-19 E SEUS REFLEXOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A COVID-19 se impôs como um grave problema sanitário global, com proporções alarmantes em razão do seu potencial de disseminação em rápida escala em todo o mundo. Apenas três meses foram suficientes para que o primeiro caso de infecção na China, detectado em dezembro de 2019, viesse a ganhar proporções de transmissão mundial, o que fez com que fosse classificada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde, em março de 2020 (World Health Organization, 2020a).

A COVID-19 se tornou um grande desafio para a ciência e para a sociedade, exigindo respostas rápidas dos sistemas de saúde do mundo inteiro. É considerada a síndrome gripal mais severa desde a Pandemia de Influenza H1N1, em 1918, também conhecida como ‘gripe espanhola’, que levou à morte de cerca de 50 milhões de pessoas no mundo (Schmidt *et al.*, 2020).

Os números revelam dados que impressionam, ou seja, até o mês de maio de 2023 foram detectados cerca de 800 milhões de casos de COVID-19 e quase 7 milhões de mortes no mundo. O Brasil destaca-se entre os que mais foram atingidos pela crise sanitária, figurando entre os países com o maior número de infectados, ultrapassando a marca de 38 milhões de casos e mais de 700 mil mortes (Gavi, 2020).

Trata-se de uma doença infectocontagiosa causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-Cov-2). Em 2002, o vírus SARS-Cov foi responsável por uma epidemia que ficou conhecida como SARS e, embora tenham ocorrido sintomas graves, foi rapidamente controlada e se restringiu a alguns países como a China, Canadá e EUA. Dezoito anos depois, este novo SARS-Cov, batizado como SARS-Cov-2, tem como principal característica o seu potencial de contaminação, o que resultou em uma rápida disseminação da doença a nível mundial, mesmo que sua cepa seja menos letal (Brito *et al.*, 2020).

A transmissão ocorre por meio de gotículas, secreções respiratórias e contato com o paciente infectado. Logo, o vírus pode ser transmitido de maneira direta entre pessoas doentes ou de forma indireta pelo contato com superfícies contaminadas e aerossóis que ficam suspensos no ambiente. Uma vez que ocorre o contágio, o vírus fica incubado por um tempo médio de 7 dias, podendo nesse período os indivíduos não manifestarem sintomas ou terem quadro clínico leve (Brito *et al.*, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2020b), a sintomatologia inicial da COVID-19 se assemelha a uma gripe, com manifestações de febre, tosse, dor de garganta, cansaço, dor

muscular e coriza. Há também alguns sintomas atípicos como diarreia e vômito. A maioria dos casos tende a se manifestar de forma leve. Contudo, cerca de 20% dos infectados na primeira onda acabaram evoluindo com dispneia e hipoxemia secundárias à pneumonia viral e, com isso, necessitaram de oxigenoterapia e outras intervenções hospitalares. Mas poucos, cerca de 5% deste total, evoluíam para estado grave em função de insuficiência respiratória, coagulação intravascular e disfunção orgânica múltipla, demandando cuidados de terapia intensiva e com letalidade superior a 40%.

Considerando esses dados, Leite *et al.* (2020) aponta que ações de saúde precisariam ser realizadas para dar conta da assistência a todos os infectados, desde àqueles que tinham sintomas leves até os que tiveram manifestações mais graves da doença. Embora muitas vezes as respostas sanitárias tenham sido centradas nos serviços hospitalares, com iniciativas para o aumento do número de leitos e respiradores, fundamentais para o atendimento de casos mais críticos, era preciso ampliar o escopo de ações para resultados mais positivos. Isto porque o rápido aumento da demanda por assistência hospitalar, principalmente de leitos de terapia intensiva, começou a gerar um colapso na saúde pública.

Em decorrência disso e da não existência de medicação comprovadamente eficiente para o tratamento e, em um primeiro momento, nem de uma vacina terapêutica contra a infecção, medidas de saúde coletiva precisaram ser implantadas para dar conta da resposta à Pandemia, tais como o isolamento, distanciamento social e vigilância dos casos, com o intuito de diminuir o contágio e o número de mortos, ou seja, na tentativa de reduzir a velocidade da expansão da Pandemia (Aquino *et al.*, 2020).

Houve ainda uma verdadeira corrida em busca do desenvolvimento de uma vacina, viabilizadas por um forte investimento de países desenvolvidos, de indústrias farmacêuticas e de Organizações Não Governamentais. Ações que repercutiram na grande quantidade de projetos de pesquisa registrados e, posteriormente, na descoberta de imunizantes eficazes, numa velocidade jamais vista anteriormente (World Health Organization, 2020b).

Após a autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o uso das primeiras vacinas do Brasil iniciou a partir da Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19, no dia 18 de janeiro de 2021, com a proposição de ações e estratégias para a operacionalização da vacina no país, assim como a definição de públicos-alvo e prioritários (Brasil, 2021).

Há ainda que se falar que, muito embora as pesquisas demonstrassem que as vacinas eram seguras e eficazes nas manifestações mais graves da doença, o país enfrentou dificuldades relacionadas à disseminação de notícias falsas e de descrédito com relação aos

imunizantes, o que acabou refletindo na baixa adesão à vacinação. De acordo com Rathsam (2021, p. 2), um movimento que chamou de “virulência da ignorância”,

[...] durante a pandemia do Covid-19, o negacionismo no Brasil tomou proporções alarmantes, manifestando-se na negação ou minimização da gravidade da doença, no boicote às medidas preventivas, na subnotificação dos dados epidemiológicos, na omissão de traçar estratégias nacionais de saúde, no incentivo a tratamentos terapêuticos sem validação científica e na tentativa de desacreditar a vacina, entre outros exemplos. O negacionismo acentua incertezas, influencia na adesão da população aos protocolos de prevenção, compromete a resposta do país à pandemia e ameaça a democracia.

Na mesma direção, Mendes (2020) também considera que o contexto brasileiro foi agravado pela politização de questões técnicas que deveriam se basear em evidências científicas. Ademais, avalia que houve uma fragilidade da condução nacional da Pandemia, associada a um impasse que polarizava as questões relativas à saúde e à economia. Por um lado, era imperativa a necessidade de reduzir a transmissão da doença e das mortes; por outro, havia a preocupação com as empresas, os empregos, a renda dos vulneráveis e com a economia de um modo geral.

Werneck (2022) aponta que as ações equivocadas, bem como as inações deliberadas no enfrentamento da Pandemia desencadearam um cenário de crise sanitária sem precedentes, principalmente em função das vulnerabilidades sociais, econômicas e programáticas em que a Pandemia encontrou o Brasil. Dentre elas, cita as altas taxas de desemprego, o desmonte de políticas públicas e sociais, como por exemplo o subfinanciamento do SUS. Em razão disso, constatou-se que houve uma maior incidência de morbidade e mortalidade entre os mais pobres, os negros e os socialmente excluídos, escancarando as desigualdades sociais em saúde no país.

Desde o início da Pandemia, a Organização Mundial da Saúde já estimava um longo curso de convivência com o Coronavírus, em ondas de maior e menor magnitude. Por conseguinte, recomendou que países deveriam elaborar e colocar em prática planos de ação em todos os níveis de atenção à saúde. (Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2020a).

Apesar disso, o que ficou evidente foi a precária gestão brasileira no cenário pandêmico, que insistiu em caminhar na contramão das recomendações científicas e mundiais de enfrentamento e mitigação da crise sanitária, exigindo ações descentralizadas e pouco coordenadas por parte dos gestores estaduais e municipais que se viam diante da necessidade de intervir na crise instalada.

Dentre as estratégias utilizadas, o que se observou foram ações independentes, habitualmente voltadas para um modelo hospitalocêntrico e biomédico, com vistas ao aumento do número de leitos para pacientes já em estado crítico, fundamentais para o momento, mas que não davam conta de todas as outras demandas que a COVID-19 trouxe, como o monitoramento de casos leves e moderados, a redução da transmissão, a prevenção, as medidas de controle e diagnóstico e a continuidade do cuidado de outras condições de saúde, agudas e crônicas. Tendo em vista essa dinâmica, a APS precisava ser organizada e orientada como estratégia essencial para o alcance e para a execução de ações que minimizassem os prejuízos inerentes ao momento, como será exposto a seguir.

Diante das incertezas, tornou-se evidente que a reorganização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) seria fundamental para o enfrentamento da crise imposta pela COVID, principalmente porque as experiências internacionais de enfrentamento da Pandemia centradas na assistência individual e hospitalar fracassaram (Medina *et al.*, 2020). Tal constatação demonstrou a importância de ações territorializadas, comunitárias e domiciliares peculiares da APS, tanto no atendimento diretamente ligado aos impactos do vírus, como também mantendo as atividades inerentes à APS, com as adaptações necessárias ao cenário.

Em consonância com o exposto, Leite *et al.* (2020) destacam que os fluxos da rede de atendimento precisariam ser organizados de acordo com a redefinição de papéis das diferentes Unidades de Saúde e níveis de atenção. Para os autores, deveriam ser pensados novos pontos de acesso aos usuários, mais estratégicos e seguros; além de apontar como ferramenta importante o uso das tecnologias, que viabilizariam a continuidade do cuidado por via remota. Segundo eles, embora a APS tenha capacidade restrita na assistência a casos moderados e graves da doença, sua atuação é essencial na mitigação dos efeitos da Pandemia, visto sua capacidade de longitudinalidade, de integralidade e de coordenação do cuidado, somadas às intervenções de orientação familiar e comunitária.

Além da possibilidade de utilização das novas modalidades de atendimento, como os teleatendimentos por profissionais da saúde, o monitoramento de casos suspeitos em domicílio, bem como o de outros agravos, implicam em uma redução na demanda dos serviços de emergência, o que por si só já diminui os impactos negativos da Pandemia (Leite *et al.*, 2020; Medina *et al.*, 2020).

Outra necessidade evidente foi dar continuidade a ações características da APS para evitar a ocorrência de outros problemas de saúde e o aumento da morbimortalidade por outras causas. Dentre elas estão as medidas preventivas, como a vacinação; o acompanhamento de pacientes crônicos e de grupos prioritários, como gestantes e idosos; a garantia de acesso a

receitas e medicamentos de uso contínuo ou por avaliação clínica, mesmo que por videochamadas; atendimento a pequenas urgências e às agudizações de doenças crônicas nas Unidades Básicas de Saúde (Leite *et al.*, 2020).

Na prática, contudo, observou-se que houve um direcionamento de recursos financeiros e humanos para o combate da Pandemia para o âmbito hospitalar e, em detrimento disso, não houve uma mobilização da Rede de Atenção Primária adequada, muito porque esse nível de atenção encontrou limitações operacionais e estruturais para planejamento e execução de ações que lhe seriam próprias. Para além disso, muitos usuários das Unidades deixaram de procurar atendimentos em função do medo de contágio e ainda encontraram barreiras e serviços indisponíveis, o que causou uma desassistência da população (Werneck, 2022).

Werneck (2022) destaca que a situação exposta gerou atrasos no diagnóstico e no tratamento, dificuldade de manutenção de programas de controle de outros agravos, assim como a descontinuidade de ações de vigilância e monitoramento. Tais prejuízos acarretaram piora de indicadores importantes, como a queda de coberturas vacinais e o atraso no rastreio de doenças como o câncer. Em função disso, muitas repercussões da Pandemia podem ainda não ser palpáveis, mas envolvem a reemergência de doenças preveníveis, o aumento de doenças negligenciadas e da mortalidade. De acordo com o autor, a saúde coletiva tem o desafio de compreender o conceito de sindemia como forma de analisar os impactos de problemas complexos e multidimensionais como as pandemias e outras emergências e desastres.

Vários autores têm entendido que a COVID-19 não é apenas uma Pandemia, mas sim uma Sindemia, ou seja, trata-se da

[...] interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações. Ainda de acordo com a teoria, os contextos social, econômico e ambiental, que determinam as condições de vida das populações, potencializam a interação entre as doenças coexistentes e a carga excessiva das consequências resultantes. Assim, as doenças se agrupam desproporcionalmente afetadas pela pobreza, exclusão social, estigmatização, violência estrutural, problemas ambientais, dentre outros. Um aspecto notável da teoria são as previsões sobre como as interações entre as epidemias amplificam a carga de doenças e sobre como as autoridades de saúde pública podem intervir efetivamente para mitigar esses efeitos. Frente a um quadro sindêmico, deve-se não apenas prevenir ou controlar cada doença isoladamente, mas sobretudo as forças que unem e determinam essas doenças (Bispo Junior; Santos, 2021, p. 1).

Bispo Junior e Santos (2021) evidenciam as características sindêmicas da COVID-19, elencando o crescimento de outras epidemias simultâneas como a de hipertensão, diabetes, depressão, ansiedade, dengue e outros agravos negligenciados que se associam e convergem

para a potencialização de efeitos negativos, clínicos e sociais, principalmente em populações mais vulneráveis. Frente a esse contexto, o entendimento das causas, interações e efeitos se fariam necessárias para ações mais efetivas diante do grave cenário sócio sanitário que se impôs.

Todas essas reflexões demonstram o quanto a COVID-19 é um fenômeno complexo, multifacetado e que precisa ser compreendido sob diversas perspectivas para que se possam ser definidas estratégias eficientes e que contemplem as demandas que emergem a partir dela. Dentro dessa ótica, não se pode deixar de analisar os impactos entre os atores envolvidos no processo e, entre eles estão os profissionais da saúde que estiveram na linha de frente da assistência.

### **3.1 Os profissionais da saúde no contexto pandêmico**

Os profissionais da saúde estão entre os atores que fazem parte das ações necessárias para que o sistema de saúde oferecesse respostas adequadas ao grave problema sanitário enfrentado. Esses trabalhadores envolvidos direta e indiretamente no enfrentamento da COVID-19 estiveram no grupo de risco para a doença, por estarem expostos ao vírus; terem elevados níveis de estresse em função de condições inadequadas de trabalho; lidarem com o desgaste físico e emocional; a insuficiência ou a negligência de medidas de proteção e cuidado (Teixeira *et al.*, 2020).

Diante do risco de infecção, protocolos de segurança precisaram ser adotados pelos trabalhadores da saúde em sua rotina de trabalho e em suas residências, assim como o uso de equipamentos de proteção individual, tais como máscaras, aventais, óculos, protetores faciais, gorros e luvas que se tornaram indispensáveis (Teixeira *et al.*, 2020).

Além das condições de trabalho adequadas e de ações de proteção e biossegurança, que devem ser garantidas a todos os trabalhadores, independente da categoria e do vínculo institucional, é preciso observar os impactos na saúde mental decorrentes da atuação neste cenário de pandemia. A Organização das Nações Unidas, inclusive, adverte que esse é um dos fatores críticos nas ações de preparação, resposta e recuperação da COVID-19 (Melo *et al.*, 2020; Weintraub *et al.*, 2020).

Os impactos na saúde mental em situações de epidemias sofrem influência de vários estressores encontrados no ambiente do trabalho e em decorrência dele. Além das já citadas ameaças de ser infectado, adoecer e morrer, existe a possibilidade de infectar outras pessoas; a exposição a mortes em larga escala; a frustração de não conseguir salvar vidas; a iminência de

agressão por pessoas que buscam por atendimento e não podem ser acolhidas por falta de recursos e não menos importante, o afastamento da família e amigos (Schmidt *et al.*, 2020; Weintraub *et al.*, 2020).

Entre outros fatores que podem justificar o aumento da sensação de exaustão relacionada ao trabalho neste contexto estão a falta de interação de forma mais próxima com outras pessoas, as constantes mudanças nos processos de trabalho em função das alterações frequentes nos protocolos de atendimento, o tempo gasto para colocar e remover EPIs e a preocupação com a escassez deles (Schmidt *et al.*, 2020). Todo esse cenário pode ter funcionado como um gatilho para o desencadeamento ou intensificação de sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

Segundo Melo *et al.* (2020), durante o enfrentamento da Pandemia alguns sinais foram considerados comuns em trabalhadores da saúde como: irritabilidade, insônia ou sonolência, falta de apetite ou fome fora do comum, baixa concentração, desânimo ou aceleração, dificuldade para relaxar ou ficar rememorando experiências do dia no período de descanso, dores no corpo, tremores, inquietação e desesperança. Esses sintomas são esperados em decorrência do momento, mas a depender da frequência, persistência e intensidade podem ser sinais de alerta, principalmente quando prejudicam a qualidade de vida e o desempenho das tarefas cotidianas.

Estudos também evidenciaram que o aumento de todos estes estressores gerou afastamentos por saúde, esgotamento físico e emocional, além de desentendimentos entre equipes e colegas de trabalho, como destaca Weintraub *et al.* (2020).

Dessa maneira, emerge outra demanda importante para o enfrentamento da Pandemia, para além da reorganização dos cuidados de nível de atenção, da intervenção aos infectados e de programas para sua recuperação: existe um grupo de trabalhadores que foi particularmente afetado e que precisa de ações comprometidas com a sua reabilitação física e emocional. Eles também fazem parte do processo de reconstrução dos serviços de saúde que foram severamente impactados pelo contexto pandêmico.

#### 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS: contexto, repercussões e desafios

O estudo em questão ocorreu em município de Minas Gerais em que a Atenção Primária consegue abranger mais de 90% da população, segundo dados da Prefeitura Municipal de Uberlândia (Uberlândia, 2018). Nessa cidade, os serviços de saúde são terceirizados para duas Organizações Sociais de Saúde (OSS) por meio de contrato de gestão que regulamenta a organização e a implantação de ações de assistência em saúde nas Unidades de Atendimento Integrado (UAI), nas unidades da Atenção Primária (UBS, UBSF), nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos ambulatórios especializados, no Programa Melhor em Casa, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Hospital e Maternidade Municipal.

No que se refere aos entrevistados, todos os gerentes das UBS e UBSF participantes foram aprovados em processo seletivo público e foram contratados por uma das OSS que administra os serviços de saúde do município e possuem vínculo celetista, com contrato regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

A cidade, como já foi visto, é dividida em cinco setores sanitários de acordo com o território, as características epidemiológicas, as necessidades da população e os serviços de saúde disponíveis. Dentre eles, foi selecionado aquele que concentrou o maior número de atendimentos no período pandêmico e com maior vulnerabilidade socioeconômica, visto que esse é um critério apontado por diversos autores como fator crítico ao enfrentamento da pandemia.

De acordo com Bispo Junior e Santos (2021, p. 2),

a consequência mais importante de considerar a COVID-19 como uma sindemia é sublinhar suas origens sociais. Cresce em todo o mundo o interesse substancial da influência das desigualdades sociais sobre a pandemia. Neste sentido, o impacto desigual e injusto da COVID-19 já se mostrou evidente com taxas desproporcionais de infecção e morte entre distintos grupos sociais. Além dos efeitos diretos sobre a morbimortalidade, decorrentes da doença causada pelo coronavírus e de outras a ela correlacionadas, a pandemia também desencadeou no agravamento das condições de vida da população, atingindo com maior intensidade os grupos já em situação de vulnerabilidade.

Nas entrevistas, essa questão também foi lembrada pelas enfermeiras por duas vezes:

*“Então esse perfil da população que eu atendia lá, me dificultou um pouco, uma população mais carente, com menos acesso à educação, com menos recursos”.* (Entrevistado, 2022).

*“É desafiador, né?! Porque aqui é uma unidade com fluxo de atendimento muito alto, é uma unidade que tem horário do trabalhador, então é um*

*horário das 7h às 22h, o volume de atendimento é muito grande. Então tudo que acontecia aqui, parece que era a primeira unidade de Atenção Primária que tinha esse volume, inclusive em dados a gente mostra que a nossa unidade foi a que mais atendeu esse CID” (Entrevistado, 2022).*

Dessa maneira, buscou-se compreender o fenômeno da COVID-19 a partir do olhar de gestores que vivenciaram dentro do cenário mais complexo os impactos e as repercussões pandêmicas na Atenção Primária, de modo a obter qualitativamente maior riqueza de informações a respeito desse processo.

A partir do interesse em compreender os impactos da pandemia na Atenção Primária (AP), definiu-se como perspectiva de análise o olhar dos Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde, visto que possuem visão estratégica sobre os fluxos de trabalho, sobre a gestão dos processos e dos trabalhadores, configurando-se como atores fundamentais na compreensão dos desafios e dos impactos da pandemia na AP.

Assim sendo, também é necessário analisar algumas características do perfil dos dez participantes. Destaca-se que todas as gerentes são do sexo feminino, atuam como enfermeiras e cursaram pelo menos uma especialização na área da saúde. As participantes têm idade entre 30 e 50 anos e possuem experiência profissional de 8 a 20 anos de atuação na rede. Duas profissionais são gerentes de UBS e oito são coordenadoras de UBSF.

De acordo com a literatura, os profissionais da enfermagem têm assumido cada vez mais os papéis de liderança nos serviços de saúde. Embora a PNAB estabeleça que qualquer profissional com Curso Superior possa assumir as atividades de coordenação da AP, há uma crescente apropriação dessa função por parte dos enfermeiros que passam a executar além de práticas assistenciais, uma gama de outras atividades administrativas e de gestão de equipe (Melo; Machado, 2013).

Em consonância com o exposto, a cidade objeto do presente estudo adota essa linha de cuidado e tem enfermeiros como Coordenadores das Unidades da AB. Nas UBSF eles atuam tanto em funções assistenciais, fazendo acolhimentos e consultas de enfermagem; quanto em atividades gerenciais e administrativas, com a gestão de profissionais, serviços, bens e insumos, além de trabalharem como articuladores entre a gestão e a rede de atenção intra e intersectorial. Já os líderes das UBS geralmente atuam somente nas atividades gerenciais, embora em alguns momentos também precisem dar suporte assistencial.

É também possível verificar uma prevalência de mulheres na função, o que se trata de um movimento marcado por determinantes históricos e culturais. Atualmente, quase 90% dos trabalhadores da enfermagem são do sexo feminino, de acordo com dados de estudo recente

que se propôs a realizar um delineamento do perfil da profissão no Brasil (Oliveira *et al.*, 2020).

Conforme já exposto, foram realizadas entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado, no qual continha 8 perguntas, conforme Quadro 1:

Quadro 1 – Uberlândia/MG: roteiro de entrevista semiestruturada, 2023

<b>Pergunta 1</b>	Como era o trabalho na unidade de saúde que você atua antes da pandemia? Que tipo de serviços eram oferecidos?
<b>Pergunta 2</b>	Houve mudanças nos fluxos do trabalho em função da pandemia? Quais?
<b>Pergunta 3</b>	Houve mudanças nos protocolos de segurança? Quais?
<b>Pergunta 4</b>	Como foi/é lidar com essas mudanças na unidade que você atua?
<b>Pergunta 5</b>	Quais foram os principais impactos e repercussões dessas mudanças?
<b>Pergunta 6</b>	Como foi/é intermediar as propostas de enfrentamento da gestão, as demandas da equipe e da população?
<b>Pergunta 7</b>	Quais os desafios encontrados para cumprir com as diretrizes de enfrentamento da COVID-19 na sua unidade?
<b>Pergunta 8</b>	Como você acha que será o período pós-pandêmico na Atenção Primária?

Fonte: Elaborado por Rinala Ferreira Maia, 2023.

Após a gravação da entrevista e a transcrição integral das falas, realizou-se a aplicação do método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), no qual se fez leitura flutuante, interpretação dos dados e categorização das respostas, que foram agrupadas a partir da semelhança das falas. Assim, identificou-se 6 categorias, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Uberlândia/MG: categorias de respostas estruturadas para análise das entrevistas, 2023

<b>Categoria 1</b>	Serviços na Atenção Primária
<b>Categoria 2</b>	Desafios relacionados à equipe
<b>Categoria 3</b>	Desafios relacionados à população
<b>Categoria 4</b>	Desafios na gestão da unidade na pandemia
<b>Categoria 5</b>	Desafios relacionados à biossegurança
<b>Categoria 6</b>	Desafios relacionados à gestão em saúde e à Organização Social

Fonte: Elaborado por Rinala Ferreira Maia, 2023

A seguir serão apresentados os dados levantados com as entrevistas, bem como a análise dos meios, por meio das categorias de análise estruturadas.

#### 4.1 Categoria 1 - Serviços na Atenção Primária

A primeira categoria de respostas agrupa as descrições dos serviços que eram realizados na APS antes da Pandemia, mais especificamente na Unidade em que cada Coordenador atuava. Traz ainda as percepções em relação aos impactos desse período de crise sanitária, bem como as mudanças que foram implantadas e as projeções de como será a retomada e a reconstrução dos processos que já aconteciam, como pode ser visto no Quadro 3.

Como se vê, todas as entrevistadas descreveram os serviços de suas Unidades elencando os atendimentos que eram realizados. Entre eles estão as consultas médicas, os atendimentos multiprofissionais, as atividades individuais e em grupo, as vacinas, os exames preventivos, assim como citaram outros procedimentos. É possível identificar no conteúdo das falas que antes do período pandêmico havia uma previsibilidade das ações, que eram agendadas e programadas de acordo com uma organização que considerava principalmente grupos mais vulneráveis, tendo em vista recomendações do Ministério da Saúde a partir de programas de saúde. Nota-se, portanto um direcionamento para medidas preventivas e de promoção à saúde:

*“Havia o acompanhamento dos programas de saúde: Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, da criança, vacina, curativo, administração de medicamentos, visita domiciliar, atendimento de fisioterapeuta, nutricionista e também tinha já especialistas atendendo aqui.”. (Entrevistado, 2022).*

*“A unidade funcionava conforme uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, onde a gente possuía serviços eletivos de demanda programada, onde os pacientes também são divididos em grupos devido à faixa etária, a perfil de comorbidade, são divididos em: hipertensos, diabéticos, idosos, crianças menores de 2 anos, gestantes... Cada grupo desse era incluído numa rotina assistencial programada e também eram oferecidos serviços de promoção de saúde, grupos operativos, voltados para a atividade física, voltados a cuidados com a mente e outras demandas. Tudo com base na Estratégia de Saúde da Família, na atenção primária, no Ministério da Saúde”. (Entrevistado, 2022).*

*“Então, era o normal, né? O serviço era atendimento médico, vacinação, acolhimento, tinha também atendimento odontológico, atendimento da equipe multiprofissional, atendimento de enfermagem. E todos os procedimentos, vacina, papanicolau, medicação, curativo. Tinha os grupos operativos também, tinha fisioterapia com grupos, que foram paralisados por conta da pandemia, né? Pessoas que acompanhavam, imagina você parar a fisioterapia, né? A gente dentro da equipe multiprofissional tinha o educador físico, parou também, fazia as atividades dele, os grupos. O que mais? Acho que era basicamente isso, assim, o geralzão, né? Equipe médica, de enfermagem, as visitas dos agentes comunitários, isso. Eles agendavam todas as consultas de risco, tanto do hipertenso, diabético, gestante, a busca ativa de gente faltosa”. (Entrevistado, 2022).*

Quadro 3 – Uberlândia/MG: respostas classificadas na Categoria 1, 2023

<b>Respostas Categoria 1</b>	<b>Nº</b>
Após a pandemia há dificuldades em atender toda a agenda programada para atendimento eletivo. Necessidade de reestruturação do atendimento e retomada de todo um processo que vinha sendo construídos dentro das Unidades de Saúde. De certa forma, retomar todo o trabalho que foi construído na Atenção Primária, com a promoção e prevenção da saúde e educação da população. A pandemia desencadeou sérias consequências para a população e para o serviço, exigindo um certo tempo para que tudo possa voltar para algo parecido com o que se tinha antes.	11
Antes da Pandemia tinha serviços eletivos e programados, acolhimento, vacinas, curativos, atividades em grupo, consultas com fisioterapeutas, atividade com educador físico. Com mais controle, agendados, ou seja, era feito a prevenção em saúde.	10
Com a pandemia teve redução da quantidade de consultas, de atendimentos programados, vacinas, consultas especializadas e ficou mais atendimento da demanda espontânea.	9
Pandemia fez com a os acompanhamentos periódicos dos pacientes não ocorressem da forma como estava sendo feito. Tem que iniciar novamente toda uma construção com a população atendida para que retorne para o atendimento de acompanhamento e não procure o serviço quando está passando mal. Pacientes graves tiveram agravamento do quadro e até morreram e, aqueles que tinha risco baixo, estão mais graves por falta do acompanhamento. Grávidas deixaram de fazer pré-natal por medo de ir até a Unidade de Saúde.	6
Maior dificuldade foi o acesso aos pacientes, pois as visitas domiciliares foram suspensas e quando retornaram não podia entrar na casa do paciente, não podia fazer nada, distanciamento e perda do vínculo entre profissionais e usuários.	3
Novas modalidades de atendimento, como o WhatsApp e teleatendimento.	3
Pandemia trouxe o fortalecimento da Atenção Primária.	1

Fonte: Dados da pesquisa elaborado por Rinala Ferreira Maia, 2023.

Em consonância com o que foi dito, o Ministério da Saúde aponta que a APS corresponde a uma gama de ações, individuais e coletivas, com vistas a garantir uma atenção integral à saúde das populações que atende. Sendo assim, visa, por meio de suas intervenções, abranger a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde das coletividades (Brasil, 2023).

Trata-se do primeiro nível de atenção em saúde e a principal porta de entrada do SUS, atuando como uma organizadora do fluxo dos serviços de toda a rede. Com a finalidade de cumprir o exposto, funciona de maneira descentralizada, nos lugares em que as pessoas vivem, permitindo ainda que atenda as peculiaridades de cada população. Para que ela se efetive, várias estratégias governamentais são utilizadas, como por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que por meio das Unidades Básicas de Saúde da Família, oferece serviços

multidisciplinares, consultas, vacinas, exames e outros procedimentos a seus usuários (Brasil, 2023).

Em concordância com a diretriz nacional que dispõe sobre a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CASAPS), a cidade onde ocorreu o presente estudo elaborou uma cartilha na qual norteia as ações de saúde do local. No documento são descritos cinco tipos de equipes atuantes na AB, são elas: as equipes de Saúde da Família (ESF); as equipes de Atenção Básica (EAB); a Estratégia de Saúde Bucal (ESB); os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes do Consultório de Rua (eCR). Como forma de garantir acessibilidade, as Unidades funcionam nos seguintes horários: as UBSF, das 7h às 17h; as UBS, das 7h às 19h e há ainda UBS que possuem horário estendido, também conhecido como horário do trabalhador, das 7h às 22h.

A Carteira de Serviços do município faz ainda uma descrição dos serviços que são oferecidos nas Unidades, tendo em vista o que é estabelecido pela Política Nacional da Atenção Básica, pelos Cadernos de Saúde do Ministério da Saúde e pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). As ações são elencadas a partir de intervenções pensadas dentro dos seguintes eixos: Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Atenção às Doenças Crônicas; Atenção ao Tabagismo; Saúde Bucal; Saúde Mental; Promoção à Saúde e Vigilância à Saúde.

Para além dos grandes eixos, são elencados os atendimentos e os procedimentos realizados na APS. Dentre eles: acolhimento em demanda espontânea, atendimentos individuais na unidade e em domicílio, atividades coletivas, grupos operativos e de educação em saúde, além dos vários procedimentos como a aferição de pressão, a realização de curativos, coleta de exames, administração e dispensação de medicamentos e imunização. Em uma das falas aparece uma citação expressa a este documento ao descrever os serviços que eram oferecidos pela unidade:

*“[...] (Os serviços realizados são os da) nossa Carteira de Serviços, vamos dizer assim, são as consultas médicas, de enfermagem, dos multiprofissionais, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, educador físico e nutricionista. A unidade aqui ainda recebe especialistas, então a gente já tinha isso também antes da pandemia. Curativo, vacina, retirada de ponto, passagem de sonda, também já fazia. Coleta de sangue, odontologia, tudo isso já acontecia”.* (Entrevistado, 2022).

A somatória dos variados tipos de densidades tecnológicas, a atuação de uma equipe multidisciplinar, a integralidade do cuidado, a longitudinalidade e a territorialização das ações direcionadas à prevenção são as principais características da APS, colocando-a em uma posição privilegiada. Suas características têm sido fundamentais para a melhoria de

indicadores de saúde como: a redução da morbimortalidade materno-infantil, por doenças crônicas e infectocontagiosas. Dessa forma, deve ser considerada como elemento essencial para o enfrentamento de emergências vivenciadas no país, entre as quais está a COVID-19 (Castro *et al.*, 2021).

Não há dúvidas, entretanto, que essa organização foi fortemente impactada pelo advento da Pandemia e suas proporções alarmantes. Por nove vezes as entrevistadas enfatizaram as consequências do momento sanitário nos atendimentos prestados pelas UBS e UBSF. Destacou-se a interrupção e a redução do número de consultas e atividades programadas em detrimento de um aumento dos atendimentos em demanda espontânea, ou seja, aqueles que acontecem por uma queixa aguda instalada e que precisa de uma intervenção naquele momento, conforme se observa nas falas abaixo:

*“Antes tinha mais controle do que era eletivo e programado. Com a pandemia teve que reduzir a quantidade de consultas, de atendimentos programados e ficar mais com a demanda espontânea, com o que chegava para atender que era o que ocupava 80% das agendas. A Atenção Primária em um período de mais de ano ficou praticamente com demanda espontânea”.* (Entrevistado, 2022).

*“[...] todos os fluxos foram cortados. A permanência do paciente na unidade era só se queixa, referente aos sintomas gripais de COVID e parou tudo. Parou grupo, parou atendimento individual. Os atendimentos eram online. Parou vacina, parou tudo”.* (Entrevistado, 2022).

*“Com a pandemia teve um momento que para desafogar o pronto atendimento, a unidade, a atenção primária, teve que assumir o atendimento desses pacientes sintomáticos respiratórios. E, considerando essa alta demanda, o baixo conhecimento em relação a COVID, suspendeu as agendas programadas, né?! Então ficou mais paciente agudo. Com a suspensão de agenda programada ficou então o atendimento das doenças agudas, de queixas, e hoje a gente observa que estes pacientes crônicos que tinham que estar na agenda programada, eles vieram a agudizar. Diabetes, hipertensão, saúde mental, principalmente”.* (Entrevistado, 2022).

*“[...] as unidades básicas de saúde da família ficaram apenas atendendo pacientes com queixa aguda, que seriam os pacientes de demanda espontânea, então viraram entre aspás, mini pronto-socorros, onde paciente iria para ser avaliado se estivesse passando mal naquele momento”.* (Entrevistado, 2022).

Na contramão do que aconteceu, Medina *et al.* (2020) alertava que as ações de enfrentamento ao momento pandêmico precisavam ir além da ampliação do número de leitos dos hospitais, fundamentais para os pacientes mais graves, mas exigiam uma reorganização de toda a rede de saúde, principalmente na APS. De acordo com os autores, era fundamental que fossem elaborados planos de gerenciamento de riscos, fortalecendo a atuação no território, mapeando pontos de dificuldades e potencialidades de cada lugar.

Na mesma direção Daumas *et al.* (2020, p. 2) entendem que,

[...] se por um lado a APS tem capacidade reduzida para atuar sobre a letalidade dos casos graves, uma APS forte, organizada e com pessoal qualificado e em número adequado pode contribuir para diminuir a incidência da infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade. Por meio do trabalho comunitário pode contribuir para redução da disseminação da infecção, acompanhar os casos mais leves em isolamento domiciliar, apoiar as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia. Dessa forma, a APS pode desempenhar um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, mantendo e aprofundando todos os seus atributos, tais como acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária.

Sobretudo, vários autores foram enfáticos em declarar que era essencial que se mantivessem as atividades de rotina das Unidades Básicas, dando continuidade as ações preventivas, tais como a vacinação, acompanhamento dos pacientes crônicos e dos grupos prioritários. A ausência dessas ações, principalmente considerando que a Pandemia tinha previsão de longo curso de duração, causariam um agravamento das doenças, resultando um aumento da morbimortalidade por outras causas. Houve um importante atraso nos diagnósticos, dificuldade na manutenção de programas de controle e descontinuidade nas ações de vigilância e monitoramento (Daumas *et al.*, 2020; Medina *et al.*, 2020; Werneck, 2022).

Nessa direção, o protagonismo da APS foi amplamente discutido, assim como as readequações que seriam necessárias para a sua efetivação, apesar de também serem conhecidas as fragilidades de atuação das equipes. Embora o cenário sanitário impusesse muitos desafios, ela também destacou a posição privilegiada da AB para garantir o acesso aos cuidados e agir sobre os determinantes em saúde. Dessa maneira, mais do que nunca, era preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (Daumas *et al.*, 2020; Medina *et al.*, 2020).

Apesar disso, é importante salientar que a lógica hospitalocêntrica, centrada na figura do médico e na doença, são desafios de longa data para a efetivação das diretrizes da APS e, por consequência, no modo como se deu o enfrentamento da crise sanitária instalada. De maneira crônica, busca-se mudar o enfoque tradicional de estratégias curativas, individuais e hospitalares, para um modelo que preze pela prevenção, pela coletividade, pelo território e por estratégias mais democráticas. Outro agravante para que se efetive uma APS forte, em sua perspectiva abrangente e integral, são os desmontes às políticas públicas em saúde, com um histórico subfinanciamento do SUS. Os desafios ficaram evidentes e foram agravados pela COVID-19, mas apenas trouxeram luz a um problema estrutural de longa data (Castro *et al.*, 2021; Daumas *et al.*, 2020; Medina *et al.*, 2020).

Durantes as entrevistas, por seis vezes foram destacados os desafios de retomar a organização anterior, após as fortes mudanças ocorridas em decorrência da pandemia e com a interrupção ou redução dos serviços primários. Nota-se que houve uma dificuldade em manter as ações esperadas para a APS, e que a ausência delas impactou consideravelmente na saúde das populações, como se pode ver nos trechos abaixo:

*“As pessoas que faziam acompanhamento, pararam de fazer, de ir na unidade de saúde, por causa da pandemia, de se contaminar. Aí ficou dois anos aí sem acompanhar, né? Aqueles que eram graves, muitos estão mais graves. Aqueles que eram de risco mais baixo, já piorou, né?! Agora estão de médio ou alto risco por falta de acompanhamento. Mesmo durante a pandemia, a gente mantendo esse atendimento eletivo para usuários de alto risco e condições crônicas, mas eles achavam melhor não procurar. Então agora para desconstruir esse negócio do “vou lá e vou ser atendido na hora” é um pouco mais complicado. A gente está tendo que parece que começar os processos de novo, temos que startar tudo outra vez, aquilo que já estava estabelecido, a gente está tendo que dar uns passos para trás e começar de novo para tentar estabelecer novamente”.* (Respondente, 2023).

*“Agora a gente tem uma demanda altíssima desses pacientes que a gente vê que lá no ápice da pandemia, esses pacientes, diabéticos e hipertensos, principalmente, não procuraram atendimento. Existiu uma legislação que prorrogava a troca de receitas, porque quanto menos aquele paciente viesse aqui naquele momento, melhor. Então esse paciente, agora que ele precisa vir trocar receita, que a gente precisa avaliar... Tem pacientes que estão há muito tempo sem um controle de exames laboratoriais, quando vem, vem agudizados, então a gente precisa controlar esses pacientes porque a gente viu que a mortalidade vem aumentando, de doenças cardíacas e tudo. Então é retomar os atendimentos, mesmo ainda com os pacientes aqui com sintomas respiratórios. E com a questão da demanda espontânea, esse sempre foi um desafio dessa unidade, que piorou mais a situação, porque agora eles vêm aqui como pronto socorro mesmo.* (Entrevistado, 2022).

Conforme Oliveira *et al.* (2022), as demandas apresentadas são consequências da interrupção dos atendimentos, que são observadas a partir do agravamento de morbidades de usuários com comprometimentos crônicos e agudos. Muitas vezes a rotina de cuidado a esses pacientes, assim como para outros grupos ficou comprometido não só pela redução dos serviços, mas também pelo medo de exposição à COVID-19. Dessa forma, esses usuários procuravam a Unidade de maneira pontual ou apenas em caráter de urgência (Oliveira *et al.*, 2021).

Os mesmos autores refletem sobre a importância da integralidade do cuidado, princípio estabelecido pela Lei nº 8080/1990, como elemento essencial do SUS. Ele corresponde ao direito que o usuário tem de receber atendimentos, conforme suas necessidades, em uma atenção que deve levar em consideração aspectos individuais, dentro de

uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, sem desconsiderar os aspectos biopsicossociais.

Dentro dessa linha, antes da Pandemia eram oferecidas atividades como o HIPERDIA, que englobavam usuários com hipertensão e diabetes, que contavam com consultas, grupos de educação e partilha entre os usuários e a equipe, além de grupos de dispensação de medicamentos. Todas essas atividades sofreram um impacto considerável, tendo sido interrompidas ou reduzidas a consultas pontuais, o que compromete o trabalho que vinha sendo realizado e a longitudinalidade do cuidado, com a fragilização dos vínculos (Oliveira *et al.*, 2020).

Da mesma maneira, houve um prejuízo relacionado à continuidade do cuidado à saúde da mulher, ao pré-natal e a vacinação de rotina, comprometendo sobremaneira as atividades de prevenção características da APS. Esse cenário foi lembrado também pelas enfermeiras:

*“[...] colocar na mente dos pacientes que tinham consulta agendada que poderiam ter segurança de vir até a unidade com segurança, para ser atendido sem risco, foi difícil. Foi difícil implementar, por exemplo, para a mulher que precisava ser coletado o papanicolau, mesmo que em pandemia. Ah, não iria morrer com COVID, mas poderia ter um câncer. Foi difícil falar com a gestante que ela deveria continuar seu pré-natal porque seu filho de qualquer forma iria nascer no seu tempo, independente da pandemia ou não. Então assim, o diabético, o hipertenso, perdeu-se muitos pacientes nessa época por conta da não consulta, por conta do não acompanhamento. E todo mundo pensando na pandemia. A gente perdeu muitos pacientes de doenças crônicas, muitas gestantes, que às vezes seriam óbitos evitáveis. [...] eu vi que muitos lugares, por exemplo, continuavam atendimento, outros não. No meu caso eu sempre mantive o atendimento da mulher, da criança, da gestante, sendo grupo prioritário e já em outros lugares eu sei que não aconteceu”.* (Respondente, 2023).

*“Aí agora é correr atrás de fazer a busca ativa, daquele hipertenso de risco baixo, que pelo protocolo consulta uma vez ao ano, se foi a época dele fazer a consulta, que foi cancelada ou remanejada, é ir atrás desses pacientes. Fazer busca ativa de crianças, de vacinas que as mães achavam que a unidade estava fechada e não poderia ser atendida, ou que não trouxe com medo da contaminação, então é ir atrás das crianças que não vieram, que estão com as vacinas atrasadas. É correr atrás deles, não tem como, a gente tem que buscar de volta [...] Uma das dificuldades bem críticas hoje é a questão da vacinação [...] muitas vacinas estão atrasadas e de repente é a gente por a vacina na caixa e ir atrás da mãe e da criança [...]”.* (Entrevistado, 2022).

Os entraves à continuidade de ações inerentes a AB foram notados a partir da agudização de condições crônicas, o aumento de outros agravos em saúde e a redução de ações preventivas. De acordo com Werneck (2022), as intervenções sanitárias muito focadas na Pandemia fizeram com que se deixasse muitos serviços essenciais para um segundo plano,

o que ocasionou atraso de diagnósticos e tratamentos, dificuldades na manutenção de programas de controle e descontinuidade de atividades de vigilância e monitoramento.

Esses impactos já evidenciam um comprometimento de indicadores em saúde, como os da Tuberculose, a redução das coberturas vacinais e o atraso de rastreamento de câncer. Contudo, o autor enfatiza que

[...] infelizmente, muitos efeitos podem ainda não ser visíveis, mas envolvem o risco de reemergência de doenças imunopreveníveis, como o sarampo e poliomielite, aumento da carga de doenças negligenciadas, como tuberculose e dengue, e aumento na mortalidade por câncer. Outro efeito pouco lembrado, mas de grande relevância, é a redução da capacidade de coleta e análise de dados epidemiológicos para fins de avaliação e planejamento (Werneck, 2022, p. 1).

Horta *et al.* (2022) desenvolveu um estudo que ajuda na caracterização da gravidade do problema. Foi realizada uma pesquisa com a população de 133 cidades brasileiras no qual os autores apontam que aproximadamente um quarto dos entrevistados deixaram de ir as Unidades de Saúde mesmo estando doentes e/ou deixaram de comparecer às consultas de rotina ou de rastreamento nos primeiros meses da Pandemia. Cenário este que se pressupõe ter piorado muito após o agravamento da Pandemia no país. Entre os motivos apresentados para o não comparecimento estão o receio de adquirir infecção e o fechamento dos serviços de saúde, o que refletem aspectos catastróficos da resposta sanitária e a desmobilização da APS em detrimento à atenção hospitalar.

Levanta-se a hipótese de que havia um receio de que os atendimentos nas Unidades de Saúde pudessem desencadear um risco aumentado para a propagação da COVID-19, gerando riscos tanto para os profissionais de saúde quanto para a própria população, principalmente porque havia uma restrição de equipamentos de proteção individual. Mas os autores apontam que era prioritário que as dificuldades operacionais e estruturais fossem superadas, já que a APS era fundamental para o enfrentamento da Pandemia e de seus efeitos, conforme se é recomendado no enfrentamento de emergências em saúde pública (Horta *et al.*, 2022; Werneck, 2022).

Outro ponto levantado como alternativa para o enfrentamento pós-pandêmico são as ações territorializadas por meio de busca ativa desses pacientes ausentes. Segundo Lenke e Silva (2010), o termo busca ativa era muito utilizado para as ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador, com o sentido de ir à procura dos indivíduos com sintomas de doenças e agravos de notificação compulsória. Essa iniciativa é determinante na identificação precoce de casos suspeitos e para se orientar de maneira adequada a aplicação de medidas de controle. Contudo, essa expressão vem sendo utilizada de

uma maneira mais ampla como um movimento de ir contra o automatismo da demanda espontânea, intervindo sobre as demandas do território para além das doenças mencionadas. A PNAB considera que seja uma forma de agir de maneira proativa diante dos problemas de saúde do território (Brasil, 2017).

Em outras palavras, seria uma forma de denominar uma postura política embasada no princípio de integralidade que presume buscar intervir sobre as necessidades de saúde de uma coletividade, não apenas considerando sintomas específicos. Essa lógica mais dinâmica é uma das diretrizes para a atuação dos trabalhadores em saúde e já é considerada uma atribuição esperada de todos os profissionais que atuem na Atenção Primária (Lenke; Silva, 2010).

Essa perspectiva de ir ao encontro dos usuários e compreender suas dificuldades de acesso, conectando-se a eles por meio do conhecimento de sua realidade e sua relação com o território, acontecem via de regra por meio do trabalho multiprofissional, essencialmente pelo agente comunitário de saúde. Contudo, em três respostas evidenciou-se que as restrições às intervenções domiciliares trouxeram muitas barreiras para a continuidade do trabalho, conforme se verifica no conteúdo abaixo:

*“Acho que o maior desafio foi a dificuldade de acesso ao paciente. O maior desafio foi esse, porque às vezes você chegava na casa, né?! Porque no começo parou até as visitas, mas depois as visitas domiciliares voltaram, mas você não entrava na casa do paciente, você não podia fazer nada. O paciente voltou aos poucos para a unidade, aquele distanciamento, o uso de máscara, isso vai perdendo o vínculo, né?!”*. (Entrevistado, 2022).

*“Os agentes de saúde não foram fazer visita, ficaram dentro na unidade, todos com muito medo, todo mundo com muito medo”*. (Respondente, 2023).

*“Interromperam as consultas presenciais, interrompeu os grupos, interrompeu as visitas domiciliares, aí nós passamos a orientação por via telefone. Eram casos mais graves e específicos que chegavam até a gente. Todo mundo foi se isolando, todo mundo se isolou mesmo”*. (Entrevistado, 2022).

Embora todos os profissionais sejam também responsáveis pelo atendimento domiciliar, a atuação dos agentes comunitários de saúde é imprescindível para que a APS se efetive na prática. Eles são responsáveis pelo elo entre a comunidade e os serviços das Unidades, ou seja, são articuladores responsáveis pelo fortalecimento do vínculo e a comunicação entre usuários e as equipes. Dessa maneira, nos cenários de crise sanitária atuam como educadores, disseminadores de informações seguras para a população, assim como podem identificar situações de vulnerabilidade e condições clínicas adversas que necessitariam de intervenção comunicando-as à equipe. Sem dúvida, os prejuízos inerentes à

interrupção dessas atividades evidenciam a importância de se ter fortalecido as ações da APS. (Bousquat *et al.*, 2021; Taveres, 2020).

Em contrapartida, duas respostas mencionaram o uso de tecnologias da comunicação como alternativas ao enfrentamento do momento pandêmico e ao distanciamento dos usuários, considerando-as como um dos aspectos positivos que surgiram como resposta ao período de crise e que deverão ser incorporados como estratégia a partir de então para a aproximação entre a população e as equipes de saúde. Como se vê:

*“[...] Além disso, alguns atendimentos a gente consegue fazer por telefone, é um instrumento facilitador. Tem um índice de absenteísmo muito grande, por exemplo, em relação à gestante, hipertenso, diabético. Eles acabam não indo na frequência que deveriam ir e com a pandemia se instituiu, essa questão de oficializar, regulamentar as teleconsultas. Então hoje você consegue fazer um atendimento por telefone, você consegue às vezes evitar de ficar se deslocando em grandes distâncias para fazer uma reunião, você consegue atingir um maior número de pessoas de onde você está. Isso veio pra somar, viu que deu certo e continua. Alguns serviços foram criados em função da pandemia, agora eles não estão sendo usados com esse objetivo, né?”* (Entrevistado, 2022).

*“Teve algumas mudanças boas. Começamos a ter acesso que a gente não tinha, que era o WhatsApp, por exemplo. Então assim, apesar do distanciamento, a gente se aproximou bastante, eu achei. Então foi uma mudança, tem coisas que vão continuar, mas eu vejo por esse lado, eu vejo as melhorias”.* (Entrevistado, 2022).

Durante a Pandemia, regulamentou-se no Brasil a Teleconsulta para atendimentos remotos, eletivos e de rotina com o objetivo de evitar o colapso do SUS nesse período. Assim, foi reconhecido o uso de tecnologias da informação e da comunicação como instrumentos que possibilitam o compartilhamento rápido e seguro de dados, a manutenção de atendimentos e de atividades, apesar do distanciamento social.

Por meio da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, permitiu-se a realização de atendimentos para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças, lesões e promoção de saúde mediados por tecnologia, enquanto durasse a pandemia causada pelo novo coronavírus, assegurando ainda a possibilidade de validar prescrições médicas e de que as profissões da área da saúde pudessem ser exercidas de forma virtual (Brasil, 2020a).

A partir disso, os serviços poderiam ser oferecidos por ligação telefônica e aplicativos de videoconferências ou outras ferramentas como *WhatsApp*. A escolha da modalidade seria feita a partir da situação clínica do usuário do serviço, da decisão do profissional e da pessoa a ser atendida. Entre as ferramentas possíveis para utilização estão: computador, notebook,

tablet, telefone fixo, celular com acesso à Internet, além de aplicativos como o *Skype*, *Face Time*, *Hangout*, *Google Meet* e plataformas institucionais (Mélo *et al.*, 2021).

Por meio delas, a APS teria a possibilidade de garantir a continuidade dos acompanhamentos e a redução de situações de agudização. As tecnologias também garantiriam a manutenção do vínculo, a troca de informações e o atendimento a demandas frequentes, como a solicitação de renovação de receitas, sem que as pessoas precisassem se deslocar até a unidade. Evidentemente, trata-se de uma alternativa muito eficiente e com baixo custo, mas que demanda por investimentos em equipamentos necessários e internet de boa qualidade (Daumas, 2020).

Embora a Teleconsulta não seja uma estratégia recente, já que está presente na saúde há décadas, era uma tecnologia pouco utilizada, tendo ganhado proporções maiores com o advento da Pandemia e a evolução da tecnologia, transformando-se em um potente recurso em saúde para ser utilizado também em outras circunstâncias. Em decorrência disso, a Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, veio para disciplinar a prática da Telessaúde em todo o território nacional.

Diante as mudanças referentes aos serviços na APS, com tudo o que já foi mencionado, foi unânime a análise de que o período pandêmico impactou significativamente nos processos de trabalho e nas atividades que as Unidades realizavam. Por onze vezes as entrevistadas descreveram que será necessária uma reestruturação do serviço, apontando para a necessidade de retomada de ações que eram desenvolvidas antes da Pandemia e que foram descontinuadas, trazendo prejuízos para a população. Como desafio, enumeram o aumento dos atendimentos em demanda espontânea, a retomada da agenda eletiva e programada, bem como das ações de promoção, prevenção e educação da população. Acreditam ainda que pode levar algum tempo para que tudo possa voltar para algo parecido com o que se tinha antes da COVID-19.

*“Então, está sendo difícil retomar os processos, né? A população tem dificuldade em entender algumas coisas. Quando você coloca pra ela que ela tem que acompanhar periodicamente, né? Que não tem que procurar a unidade de saúde só quando está passando mal. Até você conseguir trabalhar a população, de certa forma conscientizar a população, vai muito tempo. E aí a pandemia veio e desconstruiu tudo isso, né? As pessoas que faziam acompanhamento, pararam de fazer, de ir na unidade de saúde, por causa da pandemia, de se contaminar. Aí ficou dois anos aí sem acompanhar, né?”* (Entrevistado, 2022).

*“E com a questão da demanda espontânea, esse sempre foi um desafio dessa unidade, que piorou mais a situação, porque agora eles vêm aqui como pronto socorro mesmo. Então é trabalhar com a equipe, é trabalhar com a população, né?! É um trabalho de formiguinha que precisa ser feito, de orientar o que é atendido aqui, o que a gente precisa acompanhar. “Eu quero um atendimento de rotina”. O senhor está com algum problema de saúde? Não! Então a gente precisa orientar em*

*relação a isso. O senhor é diabético? Então é preciso passar pela enfermeira, fazer o acompanhamento com toda a equipe. Então é reestruturar, igual eu falei, reestruturar a atenção primária, falar o que que é feito aqui, o que que é feito no pronto atendimento”.* (Entrevistado, 2022).

*“Uma vez eu ouvi uma frase que reconstruir era mais difícil que começar de novo, do zero. Eu acho que vai ser mais desafiador, na minha opinião, eu acredito que vai ser mais desafiador que a introdução da atenção primária e da Estratégia de Saúde da Família porque muitos processos foram perdidos, muitas coisas estão construídas novamente do zero, é um trabalho de educação da população [...]E, fazer essa educação dos pacientes tudo novamente, fazer o paciente entender isso, fazer ele entender que existe cada função, cada ponto da rede de saúde[...] Com a questão da pandemia houve muitos retrocessos e esses retrocesso vão ter que ser corrigidos ao longo do tempo e não vai ser da noite pro dia, né?! Que a gente vai conseguir corrigir esse prejuízo aí de três anos. Tudo que era eletivo parou, todos os exames eletivos pararam, então os pacientes agudizaram. A gente ainda vai ter um bom tempo aí sofrendo as consequências do COVID, consequências relacionadas à saúde mental, um maior número de pacientes adoecidos em saúde mental, consequências relacionadas à pobreza, à miséria que impactam na saúde, consequências relacionada a exames que ficaram na fila sem sair, um paciente que poderia descobrir uma doença com antecedência e curar, hoje ele vai agudizar e vai pro pronto socorro e vai usar leito de UTI, então a gente precisa começar um trabalho ainda do zero novamente, pensar em estratégias pra otimizar esse trabalho e tentar retomar em um tempo curto, ou mais curto possível, mas já conscientes que mesmo fazendo tudo isso, vai demandar um tempo pra poder chegar no que a gente tinha antes da pandemia como Atenção Primária”.* (Entrevistado, 2022).

A crise deflagrada pela Pandemia impactou não apenas os serviços oferecidos pelas Unidades, mas comprometeram atividades estruturais que conferem à APS o seu caráter territorial e comunitário, como as visitas domiciliares e as ações de promoção da saúde, participação social e prevenção de doenças. Para Giovanella, Franco e Almeida (2020), esse movimento é anterior ao advento da Pandemia, já que desde a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de 2017, vem ocorrendo desmontes e a descaracterização do serviço. Há um movimento em que se percebe um enfoque para questões individuais e para a resolução de queixas agudas em detrimento das abordagens sobre os determinantes sociais.

Para os autores, isso é consequência de um subfinanciamento do SUS que provoca um desabastecimento de insumos e medicamentos, a precariedade de contratação de recursos humanos e um estrangulamento financeiro dos municípios que são responsáveis por mais de 30% do financiamento. A repercussão da situação exposta é a fragilização da APS, com a piora de muitos indicadores em saúde e retrocessos em relação a este modelo assistencial. (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Houve ainda a fala de uma das entrevistadas que trouxe sua percepção de que o momento de crise favoreceu o fortalecimento da APS, visto que as equipes precisaram se unir, desenvolver resiliência e buscar novos aprendizados, tendo considerado que apesar das dificuldades impostas, o momento foi superado com êxito.

A partir desses resultados é possível observar que muitos foram os desdobramentos da Pandemia na APS e que já se vê vários dos impactos desse período na saúde da população, conforme as análises das participantes da pesquisa e da literatura, faz-se necessário e urgente a retomada e o fortalecimento das ações peculiares desse nível de atenção para que seja possível a continuidade do cuidado nesse novo cenário.

#### 4.2 Categoria 2 - Desafios relacionados à equipe

A segunda categoria de respostas agrupa os desafios encontrados pelas Coordenadora no manejo da equipe de saúde. Envolve questões relacionadas ao elevado absenteísmo, à sobrecarga de trabalho, à falta de dimensionamento adequado de profissionais, às constantes mudanças no fluxo de trabalho e às demandas emocionais decorrentes do enfrentamento do período pandêmico na linha de frente, como demonstra as respostas no Quadro 4.

Quadro 4 – Uberlândia/MG: respostas da Categoria 2, 2023

<b>Resposta Categoria 2</b>	<b>Nº</b>
Muitos atestados apresentados pelos profissionais, falta de profissionais para atendimento devido a afastamentos por serem dos grupos de riscos	9
Ansiedade, medo de levar a doença para casa/familiares/ Impactos físicos e psicológicos diante do desconhecimento da doença, da perda de colegas de trabalho	9
Falta de preparo da equipe de profissionais para lidar com situações de emergência, visto que esse não é o atendimento prioritário da Atenção Primária	4
Insatisfação com novas normas de atendimento (uso de EPIs) e cobranças dos gestores e a necessidade de adaptação dos serviços prestados	4
Falta de apoio da gestão para aqueles que perderem entes próximos e até mesmo para todos os profissionais de modo geral, apenas recentemente criaram grupos de apoio, mas no momento que mais precisou, ele não existiu	2
Aumento da carga horária de trabalho (diferente de outras profissionais que houve redução da CH, trabalho home office, etc.), profissionais esgotados	2
Falta de socialização entre a própria equipe que não podia nem mesmo aglomerar na salinha do café	1

Fonte: Dados da pesquisa elaborado por Rinala Ferreira Maia, 2023.

Por nove vezes as entrevistadas descreveram a quantidade de afastamentos por motivo de saúde como uma situação difícil de intermediar, visto que havia uma demanda de trabalho muito intensa e uma quantidade reduzida de profissionais disponíveis. Para além disso, era

uma situação comum a todas as Unidades, o que não permitia que se fizesse um redimensionamento entre as equipes, prática que é comum em outras ocasiões.

*“Outra coisa que complicou foi o tanto de atestado, né? Todo mundo adoecendo, o profissional adoecendo, além da população adoecida, o profissional também adoeceu. [...] Então assim, enquanto gestor e enquanto enfermeira assistencial, tinha essa preocupação: daqui a pouco não vai sobrar gente pra atender e as pessoas que eu tenho estão esgotadas”.* (Entrevistado, 2022).

*“Não foi tranquilo, juntava atestado, os colaboradores doentes, né? Seja por COVID ou por outras causas, né?! Teve um período de escassez da enfermagem, muitos atestados de uma vez, a gente ter que lidar com, além de tudo, com os profissionais adoecendo também. O absenteísmo traz uma necessidade de redimensionamento, seja dentro da unidade, ou trazer outro profissional de fora, por redimensionamento do setor, da rede, mas os outros lugares também estavam com a mesma questão”.* (Entrevistado, 2022).

*“Então assim, foi um pânico. Muita gente na primeira semana tiraram milhões de atestados, os profissionais. A gente teve um absenteísmo muito grande, né? Tipo uns tiraram quinze dias, com medo de pegar. Aí quando voltaram, aí que foi o boom mesmo, porque aí o pessoal começou a pegar aqui dentro da unidade. Aqui, mais de 20 funcionários pegaram, metade, nós temos 45, né?”* (Entrevistado, 2022).

*“A gente viu que também teve a questão dos colaboradores com doenças crônicas, aí tinham que afastar, com hipertensão, diabetes. A recepção ficou muito desfalcada, porque teve pessoas afastadas. Os agentes de saúde, todos que tem asma, diabetes, todos tiveram que afastar. Foi bem complicado. Gera uma sobrecarga e uma cobrança da população”.* (Entrevistado, 2022).

Conforme mencionado por uma das entrevistadas, houve uma recomendação por parte do Ministério da Saúde para que se avaliasse o realocamento, o trabalho remoto ou o afastamento de profissionais que se enquadrassem no grupo de risco para COVID-19, entre eles aqueles com mais de 60 anos, os imunodeprimidos, os que tinham doenças crônicas graves, as gestantes e as lactantes. Tais medidas foram adotadas como estratégias para a proteção de trabalhadores dos serviços de saúde (Brasil, 2020b).

Para além daqueles que foram afastados em função de estarem no grupo de risco, houve ainda altos índices de absenteísmo por motivo de doença. A terminologia é usada para designar o não comparecimento do trabalhador para suas atividades laborais, sendo também conhecida como absenteísmo-doença. No universo laboral, a ausência de um profissional afeta o processo de trabalho, gerando consequências negativas na produção, aumentando custos e sobrecarregando os demais trabalhadores. Quando se fala no setor público, há além do ônus, um prejuízo à prestação de serviços à população (Garbin *et al.*, 2022).

É fundamental que sejam utilizados esses dados como ferramenta de gestão em saúde, principalmente durante um período de crise sanitária, para que se possa realizar planejamento de ações e implementação de políticas públicas direcionadas aos trabalhadores. Assim, deve-

se buscar conhecer o motivo e a quantidade de afastamentos dos profissionais, isso traz informações epidemiológicas; bem como das condições de trabalho, garantindo aos gestores possibilidades de desenvolver estratégias mais adequadas de enfrentamento (Garbin *et al.*, 2022).

Outro aspecto levantado como um desafio relacionado à equipe de saúde foram as questões emocionais desencadeadas pelo momento pandêmico, citadas por nove vezes. A vivência de uma situação desconhecida, com proporções alarmantes e inéditas que colocavam em risco à vida dos profissionais, desencadearam reações como ansiedade, pânico, medo de morrer e de contaminar familiares, como descrevem as gerentes:

*“A gente notava muito isso nos colaboradores, principalmente os que atendiam, os enfermeiros, médico, técnicos de enfermagem, muito em contato direto, esse medo mesmo de adoecer e, principalmente, de levar a doença pra casa. [...] Na unidade Y, por exemplo, teve morte de colaborador, uma ASB, uma auxiliar de saúde bucal que faleceu por COVID, né?! Então a equipe ficou muito fragilizada, por um bom tempo. Trouxe uma repercussão, assim, não vou dizer negativa, mas assim... ruim, até então estava muito longe, de repente estava muito perto. Então eu acho que o impacto psicológico e o desgaste físico foram os principais. [...] Uma das funcionárias perdeu o marido com COVID, o outro perde o pai, com COVID, posterior a essa funcionária que faleceu. Então são pessoas que até hoje tem muito receio”.* (Entrevistado, 2022).

*“Você via que a pessoa não estava bem. Na verdade todo mundo ficou meio destruído, igual eu te falei, todo mundo muito cansado, tanto fisicamente quanto psicologicamente, né?!”* (Entrevistado, 2022).

*“[...]Então, principalmente, em termos de acolher esses profissionais. As pessoas estavam ansiosas, com medo extremo, então isso dificultava muito o trabalho. Muito absenteísmo, né? Principalmente de saúde mental, muito afastamento por depressão”.* (Entrevistado, 2022).

*“Traz mais ansiedade pra equipe. Muitos dos nossos colaboradores perderam entes queridos, perderam pai, duas perderam o pai, perderam sogra, sogro e quando chega algum caso, e quando os profissionais positivaram pra COVID, então era uma ansiedade generalizada. Ansiedade, medo. Então foi um momento muito difícil, talvez nesse momento, estou há 12 anos na rede, considero o pior momento de saúde mental da equipe. Então como acolher? Como acolher esses colaboradores nesse momento de desespero. O absenteísmo também gerou sobrecarga de trabalho, principalmente na linha de frente, nos profissionais da linha de frente.* (Entrevistado, 2022).

Os profissionais da saúde estão entre os atores que fazem parte das ações e das respostas necessárias para o adequado enfrentamento da Pandemia. Eles estiveram no grupo de risco para a contaminação pela COVID-19 por estarem diretamente expostos ao vírus, colocando a própria saúde e a saúde da família em risco, além de terem elevados níveis de estresse em função de condições inadequadas de trabalho, lidarem com o desgaste físico e emocional, a insuficiência ou a negligência de medidas de proteção e cuidado (Teixeira *et al.*, 2020).

A Organização das Nações Unidas desde o advento da crise sanitária já advertia que o cuidado com os profissionais da saúde era um fator crítico que precisava ser considerado nas ações de preparação, resposta e recuperação da COVID-19. Isso porque o aumento das demandas do trabalho, associadas ao cenário de estresse e incertezas, assim como do manejo de pacientes infectados, tornavam as equipes particularmente vulneráveis ao sofrimento psíquico e ao aumento da ansiedade. Dentro dessa perspectiva, o contexto pode potencializar o desenvolvimento de transtornos mentais, assim como agravar sintomas em pessoas com transtornos pré-existentes (Melo *et al.*, 2020; Moser *et al.*, 2021; Weintraub *et al.*, 2020).

O risco real de infecção, além da possibilidade de contaminar familiares, amigos e colegas podem levar os trabalhadores ao isolamento social e da família, bem como a mudanças significativas na rotina. E, todas essas situações funcionam como eventos estressores adicionais que ameaçam a saúde emocional desse grupo. Para além disso, pode-se citar a exposição a mortes em larga escala, a frustração de não conseguir salvar vidas e a iminência de agressão por pessoas que buscam por atendimento e não podem ser acolhidas em função das limitações dos serviços.

Também há relatos de aumento da irritabilidade e dificuldade para dormir e descansar. Há estudos mostrando que mesmo quando os profissionais adoecem experimentam sentimento de culpa, frustração e tristeza por não estarem trabalhando (Moser *et al.*, 2021; Schmidt *et al.*, 2020; Weintraub *et al.*, 2020).

Nestes trechos das entrevistas também é possível observar a preocupação relacionada às questões psicológicas:

*“[...] acho que teve um dano psicológico em todas as pessoas, nas pessoas que não poderiam ficar em casa e teriam que trabalhar, né?! Os trabalhadores da saúde, a gente teve realmente essa angústia, esse medo de contaminar os colegas, contaminar a família”. (Entrevistado, 2022).*

*“Assim, acho que primeiro foi a questão psicológica, né, dos profissionais porque de uma hora para outra nos vemos todo mundo paramentado, atendendo a população que estava desesperada por atendimento, pelo novo que está acontecendo, ninguém sabia direito o que era aquilo, né. Eu acho que a pior parte foi a questão psicológica”. (Entrevistado, 2022).*

Ainda abordando as questões relacionadas à saúde mental dos trabalhadores, duas vezes falou-se de maneira expressa que faltou ações direcionadas para esta demanda. De acordo com as falas, faltou apoio da gestão para os profissionais que perderam familiares e amigos, assim como para aqueles que estavam em sofrimento. O movimento de criar um canal de apoio teria sido tardio, não contemplando o momento mais crítico da pandemia.

*“É... É até difícil te falar isso, porque eu acho que uma coisa que faltou foi um acompanhamento mais de perto dessas pessoas que ficaram mais fragilizadas. Isso não existiu. Não vi esse cuidado com as pessoas que estavam mais fragilizadas”.* (Entrevistado, 2022).

*“Então, fica difícil contornar isso tudo porque você vê que a pessoa não está bem, mas não teve ... a não ser, eu me recordo assim que em algum momento, agora, há poucos meses atrás falarem sobre alguma coisa relacionada a, tipo assim, ‘estamos abrindo uma rede de comunicação de apoio pros profissionais que estão precisando’, mas era tipo um grupo, sabe?! Mas isso foi recente agora. Acabou que as pessoas não foram, acho que o momento que mais precisava não teve esse suporte. [...] Acho que nesse ponto faltou muita coisa, faltou olhar um pouco pro profissional. Pensou-se um pouco mais na população, mas não se olhou pro profissional.* (Entrevistado, 2022).

De acordo com Schmidt (2020), em situações de pandemias a saúde física das pessoas e o combate ao agente que causa a infecção são os focos primários de atenção dos gestores e profissionais da saúde, sendo muito comum que as repercussões sobre a saúde mental sejam negligenciadas e subestimadas. O autor ainda alertava que medidas precisariam ser tomadas para diminuir os impactos psicológicos da Pandemia, já que se isso não ocorresse, as repercussões poderiam ser mais duradouras e prevalentes que a própria COVID-19, reverberando em vários setores sociais. De maneira especial, reforça que é necessária uma atenção psicológica para os grupos mais vulneráveis, entre os quais estão os profissionais da saúde.

Ainda nessa direção, uma das entrevistadas reforçou que os trabalhadores da saúde eram particularmente vulneráveis às questões emocionais e de sobrecarga de trabalho, vivenciando um esgotamento em função de suas atribuições, principalmente em comparação com outros profissionais, como se observa na fala abaixo:

*“As outras profissões, a grande maioria teve essa questão do revezamento, de reduzir carga horária, homeoffice, etc e tal. E a saúde não teve isso, pelo contrário, quando seus colegas afastam você tem que trabalhar ainda mais, você tem que aumentar a sua carga de horário para conseguir cobrir aquilo. Então foi quase uma bola de neve, um processo que demorou. Então, sinceramente, se não tivesse vindo a vacina, não sei onde a gente estaria, né? Acho que não teria ninguém para contar essa história (risos)”.* (Entrevistado, 2022).

O trecho faz referência ao fenômeno do aumento do trabalho remoto durante a Pandemia, no qual milhões de pessoas precisaram transferir suas atividades laborais para o ambiente doméstico. Tal movimento ocorreu como alternativa à necessidade do distanciamento social, da restrição de circulação das pessoas em ambientes públicos e do fechamento de comércios e instituições impostas pela necessidade de conter o avanço do contágio da COVID-19. Na contramão da grande maioria dos trabalhadores, estavam os

profissionais da saúde que mantiveram o seu exercício profissional (Durães; Brid; Dutra, 2021).

Embora haja uma ideia de privilégio no fato de poder transferir o trabalho para casa, como possibilidade de estar protegido e como forma de garantir o emprego e a remuneração, vários estudos apontam para um cenário também crítico e com muitos desafios a serem superados, como por exemplo a precarização das condições de trabalho no ambiente doméstico, com longas jornadas e elevados níveis de estresse. (Durães; Brid; Dutra, 2021).

Para além da impossibilidade de realizar o trabalho de maneira remota e sem exposição ao risco, os Coordenadoras das Unidades apontaram, ainda, em quatro oportunidades, que precisaram lidar com a insatisfação em relação às novas formas de atendimento, com as recomendações de biossegurança, com o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) e a necessidade de adaptação aos serviços.

*“[...]então os funcionários muitos reclamavam, você tinha que vigiar se estava usando o EPI, se realmente estava fazendo uso da maneira correta”. (Entrevistado, 2022).*

*“Para o colaborador foi uma fase de adaptação ao novo. Primeiro porque cancelou-se a agenda, então ‘o que eu faço?’, ‘o que eu posso?’, né? Então, pro colaborador, fazer com que ele entendesse todas essas mudanças, o novo, não é presencial, agora é por teleatendimento, né?!” (Entrevistado, 2022).*

*“Teve a resistência de alguns de não usarem os equipamentos de proteção, embora tivesse. Tinha o protetor facial, tinha o capote. Eles não usavam, a gente tinha que chamar a atenção, né? Muitos pegaram (COVID-19) por falta dessa atenção com o uso do equipamento correto ou da própria falta do uso do equipamento”. (Entrevistado, 2022).*

*“[...] a adaptação deles ao uso dos equipamentos, ninguém tava acostumado a usar máscara, eles se sentiam sufocados. O da recepção eu cheguei a falar pra ele que eu ia dar uma advertência pra ele, porque ele não usava máscara, teve uma resistência. E assim, foi muito desafio, falar todo dia, explicar que era não só pela proteção dele, mas dos outros”. (Entrevistado, 2022).*

Para Aquino *et al.* (2020) houve uma mudança significativa na forma de atuar das equipes que precisaram se reorganizar, alterando os processos de trabalho, redistribuindo tarefas e atividades, reestruturando espaços físicos e fluxos. Tais situações foram imprescindíveis dadas as proporções alarmantes que a Pandemia foi ganhando, mas geraram repercussões e desafios para os trabalhadores e gestores dos serviços.

Como a grande parte dos profissionais da saúde atua em contato direto com os usuários, eles fazem parte do grupo de risco para infecção por COVID-19. Sendo assim, precisam receber orientações exaustivas quanto a aspectos de segurança e saúde relacionadas ao seu ambiente de trabalho, para que pudessem cuidar da própria saúde, bem como da saúde

dos outros. Independentemente do seu vínculo de trabalho, todos os serviços de saúde precisavam garantir mecanismos de proteção desse indivíduo (Brasil, 2020b).

O Ministério da Saúde fez recomendações de proteção aos trabalhadores no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. No documento reforçou que os profissionais deveriam estar informados, treinados, conscientizados e mobilizados para ações que garantam a sua proteção. Desse modo, enfatiza que todos deveriam ter acesso aos EPI recomendados, em quantidade e qualidade, através de seus empregadores, sejam eles públicos ou privados. Ademais, afirma que também é obrigação do contratante fornecer treinamento, supervisão do uso, manutenção e reposição que seja necessária, conforme as orientações do fabricante (Brasil, 2020b).

Para além desses aspectos, outro elemento lembrado como desafiador por uma das enfermeiras foi a restrição dos contatos entre a própria equipe, já que houve um momento em que se orientou por não haver aglomerações dentro das Unidades, em nenhum setor, nem mesmo na copa e na cozinha, locais em que geralmente os colaboradores realizam refeições em conjunto. Assim, não houve apenas mudanças do ponto de vista estrutural e de trabalho, mas também no campo das relações entre os colegas.

Ainda dentro dessa categoria que abrange as questões relacionadas à equipe de saúde, por quatro vezes citou-se o desafio de lidar com a falta de preparo dos profissionais com situações de emergência, visto que esse não é o atendimento prioritário na APS. As falas abaixo demonstram a preocupação em relação a temática:

*“A Atenção Primária, os profissionais da Atenção Primária, não são preparados para receber esses pacientes, a gente não é preparado para receber esses pacientes, mas o nosso território requer isso”. (Entrevistado, 2022).*

*“Esse novo normal era, por exemplo, ter que atender um paciente grave na Unidade, nós não estamos habituados a esse tipo de atendimento, a equipe da Atenção Primária não tem esse treinamento. Precisar monitorar um paciente, acompanhar se o oxigênio estava suficiente, esperar o transporte dele para uma unidade de Pronto Atendimento. Isso muitas vezes demorava muito porque a cidade inteira estava vivenciando isso também”. (Entrevistado, 2022).*

*“Tinha hora que às vezes não tinha o que a gente podia fazer, a gente na saúde na ponta, tinha que ir pro alto risco, enviar para a UAI, assim, muito complicado, né?!” (Entrevistado, 2022).*

*“Olha, o trabalho foi muito diferente do normal porque você parou de atender uma agenda que era programada, que você sabia que você iria atender no dia para receber às vezes pacientes que precisavam de atendimento naquele momento e que possivelmente nós iríamos transferir até para UAI, pra algum outro tipo de acompanhamento. Eu tive o desprazer de encaminhar paciente que depois foi a óbito. Então assim, mudou totalmente a rotina dos profissionais de saúde da unidade”. (Entrevistado, 2022).*

As UBS e UBSF são consideradas portas de entrada dos serviços do SUS, ou seja, configuram-se como a primeira referência de atendimento, inclusive para a resolução de instabilidades clínicas, embora para muitas Unidades não seja habitual o manejo de emergências. De toda forma, a equipe de profissionais que atua nas Unidades deve estar preparada para identificar, estabilizar e referenciar o cuidado de situações de urgência e emergência (Oliveira; Mesquita, 2013).

Legalmente a APS é parte de uma rede pré-hospitalar fixa com atendimento em urgência e emergência. Apesar disso, muitas vezes as situações adversas mencionadas não fazem parte da rotina do serviço, visto que há um baixo preparo dos profissionais quanto à conduta adequada nessas circunstâncias, assim como falta de recursos físicos e materiais e carência de vínculos entre os usuários e a equipe. Em decorrência do exposto, há uma procura demasiada pelas Unidades de Atenção Secundária, causando sobrecarga dos serviços de pronto atendimento com queixas de complexidade compatíveis com a APS (Oliveira; Mesquita, 2013).

Embora seja evidente esse movimento de procura pelos serviços secundários de maneira direta em muitas ocasiões, quando se considera que a COVID-19 gerou um colapso nos serviços hospitalares, muitas das demandas urgentes começaram a chegar também nas Unidades Básicas e se configuraram um grande desafio, exigindo respostas das equipes.

Considerando o exposto, os profissionais de saúde são atores fundamentais no processo de enfrentamento e mitigação da Pandemia, pois atuaram diretamente na assistência aos usuários, assim como tiveram papel essencial na reorganização dos serviços. Há de se destacar, entretanto, que estiveram expostos ao adoecimento físico e mental, a condições precárias de trabalho, a jornadas exaustivas, a exposição ao risco de morrer, ao distanciamento social e a mudanças importantes nos seus processos de trabalho. Tais situações os colocaram em situação de especial vulnerabilidade. Dessa maneira, faz-se urgente que ações voltadas para o cuidado a este grupo figurem entre as respostas de mitigação da crise sanitária.

### **4.3 Categoria 3 - Desafios relacionados à população**

A terceira categoria de respostas se refere aos desafios encontrados pelas gerentes em relação à população atendida. Engloba as repercussões emocionais de medo de adoecer e morrer, o aumento da incidência de transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão, além

da ausência do psicólogo na equipe para o acolhimento dessas demandas. Citou-se ainda a falta de reconhecimento dos usuários em relação ao trabalho da equipe e o descrédito em relação à pandemia e aos protocolos de biossegurança, bem como a procura por tratamentos sem comprovação científica.

Tais circunstâncias geravam elevado nível de estresse para os gestores e os profissionais que lidavam com esse manejo, como pode ser comprovada pelas respostas apresentadas no Quadro 5.

Por duas vezes foi mencionado que o grande desafio em relação à população foi lidar com o medo que os usuários tinham da infecção por COVID-19 e suas consequências. Dessa forma, é interessante notar que nas duas citações aparecem circunstâncias relacionadas ao medo.

Quadro 5 – Uberlândia/MG: resposta da Categoria 3, 2023

<b>Resposta Categoria 3</b>	<b>Nº</b>
Não acreditavam inicialmente que realmente existia e a gravidade do vírus/doença e por isso não se cuidavam/protegiam, não usavam máscaras, buscavam medicamentos como cloroquina, não acreditam na vacina, especialmente a população mais carente, com menos acesso a educação e com menos recursos	7
População ficou bem assustada, com aumento de casos de depressão e ansiedade, mudanças de comportamento	6
Medo de não voltar/morrer quando era direcionado para Atenção Secundária ou por informações equivocadas	2
Não reconhece o trabalho dos profissionais da saúde, os riscos que correm (“são pagos para isso”)	2
Falta de apoio psicológicos para a população por parte de profissionais especializados (psicólogos) no acolhimento	1

Fonte: Dados da pesquisa elaborado por Rinala Ferreira Maia, 2023.

Na primeira delas, há uma referência direta à transferência dos usuários para o serviço de Atenção Secundária, que se dava, de fato, em situações clínicas adversas e graves que dependiam de uma complexidade maior de atendimento. Então se tratava de uma reação esperada diante da alta taxa de mortalidade relacionada à doença, já que muitos pacientes eram transferidos e morriam ou passavam por longos períodos de reabilitação. Na segunda fala, observa-se o medo também associado à ausência ou à inadequação de informações que faziam com que a população ficasse receosa diante de alguns sintomas.

*“Ainda mais que eu também estava na assistência na época. Estar direto ali com a pessoa que ficava doente, que estava contaminada. O medo da própria população de quando você mandava pra Atenção Secundária, medo de não voltar pra casa, né?! (pausa). Acho que mexeu muito com todo mundo, né?”* (Entrevistado, 2022).

*“As pessoas chegavam na unidade assim: ‘to com uma tosse, to com uma dor de garganta, estou morrendo’, tava dessa forma, a pessoa achava que ia atravessar a rua e já ia morrer de tanto medo e falta de informação que tinha”.* (Entrevistado, 2022).

A COVID-19 provocou alerta mundial em função do seu alto potencial de disseminação global, além do elevado número de mortes oriundas das complicações da infecção. O Brasil figura entre os três países com maior mortalidade pela doença, sendo que o mês de abril de 2021 foi o mês com o maior registro da história do país, tendo chegado a atingir mais de 4 mil mortes em um único dia. Nesse período, em apenas 36 dias foram registrados mais de 100 mil óbitos, sendo considerado o pico da segunda onda da infecção pelo Coronavírus. Após três anos da primeira morte, no mês de março de 2023, o país ultrapassou 700 mil mortos pela doença (G1, 2023).

Apesar de inicialmente o vírus desencadear sintomas respiratórios leves, a infecção pode progredir, em alguns casos, para uma síndrome respiratória grave que frequentemente estão associadas a um prognóstico ruim, principalmente no início da Pandemia, quando ainda não havia imunização disponível. As manifestações mais severas ocorreram em pessoas idosas, portadoras de doenças crônicas e com vulnerabilidades sociais. Essas características estavam associadas a um maior risco de internações em enfermarias e Unidades de Terapias Intensivas, além de mortalidade por COVID-19 (Mascarello *et al.*, 2021).

Para Mascarello *et al.* (2021) foi possível perceber uma diferença relacionada ao gênero. De acordo com os autores, houve uma menor letalidade e consequências negativas em pessoas do sexo feminino, o que pode estar relacionado a uma melhor percepção dos sintomas e a procura por serviços de saúde logo no início dos sintomas. Por outro lado, indivíduos do sexo masculino costumam procurar atendimento nas fases mais graves da doença, quando usualmente existem menores possibilidades terapêuticas de reversão do quadro clínico.

Em função da gravidade da situação sanitária, também surgiu outro fenômeno associado ao surto de COVID-19, a infodemia. Para a Organização Mundial da Saúde, trata-se de um aumento significativo no volume de informações relacionadas ao tema, nem sempre com conteúdo adequados, o que expõe a população a orientações pouco confiáveis. Dessa forma, houve a circulação de rumores, desinformação e informações falsas, muitas vezes manipuladas de maneira intencional. Tudo isso foi intensificado com as redes sociais que tem

capacidade de alastrar rapidamente essas informações, como acontece com um vírus (organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2020b).

Um dos grandes desafios encontrados no enfrentamento à Pandemia foi a desinformação que se deu por meio de informações falsas, muitas vezes conflitantes, que foram veiculadas em massa, com rápida capacidade de circulação, o que fez com que as pessoas mudassem comportamentos e muitas vezes se colocassem em risco. Entre as informações inadequadas, incorporou-se ideias conspiratórias em relação à origem do vírus, à causa, aos tratamentos e às formas de infecção. Como consequência, houve impactos na saúde coletiva e na tomada de decisões (Garcia; Duarte, 2020; Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2020b).

Há evidências de que a infodemia faça com que exista uma dificuldade de acesso a informações idôneas, já que muitas publicações são feitas sem qualquer comprometimento com a verdade e sem embasamento científico. Existe, portanto, um excesso de quantidade em detrimento da qualidade do que está disponível em relação ao assunto.

Também se percebeu que essa situação desencadeou respostas emocionais nas pessoas que apresentaram estar mais ansiosas, deprimidas, sobrecarregadas e com sentimentos de medo e exaustão. Tendo em vista esse cenário, a OMS criou mecanismos de sensibilizar as pessoas em relação a esta problemática e disponibilizar informações confiáveis, criando parcerias e estabelecendo canais de comunicação segura (Garcia; Duarte, 2020; Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2020b).

Com relação aos impactos na saúde mental mencionados, por seis vezes as entrevistas trouxeram a questão em suas falas, destacando que observou que a população estava muito fragilizada emocionalmente e que houve um aumento da procura por atendimentos em saúde mental, citando ainda de maneira específica a mudança de comportamento em crianças, como se vê em algumas delas:

*“Eu achei que a população depois ficou bem assustada com tudo que aconteceu, né?! Às vezes um paciente quase não ia na unidade. Teve assim, depressão, teve um aumento de depressão, de ansiedade. Teve um aumento na unidade, sobrecarregando ainda mais a unidade depois quando deu uma diminuída nos casos (de COVID). Então assim, crianças que a gente via, a gente começou a perceber diferença no comportamento. Então a gente notou um pouco dessa diferença”.* (Entrevistado, 2022).

*“Só que teve também um lado que, igual eu falei antes, o paciente ficou muito mais estressado, com muito mais sintomas de depressão, de ansiedade, e isso é o que mais está tendo procura na unidade de saúde, aumentou mais o fluxo”.* (Entrevistado, 2022).

É esperado que eventos com as proporções da pandemia gere perturbações psicológicas e sociais que afetem o enfrentamento da população, em variados níveis de intensidade. De acordo Schmidt *et al.* (2020, p. 3)

[...] estudos têm sugerido que o medo de ser infectado por um vírus potencialmente fatal, de rápida disseminação, cujas origens, natureza e curso ainda são pouco conhecidos, acaba por afetar o bem-estar psicológico de muitas pessoas. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse diante da pandemia tem sido identificados na população em geral e e, em particular, em profissionais da saúde. Ademais, os casos de suicídio potencialmente ligados às implicações psicológicas da COVID-19 também já foram reportados em alguns países como Coreia do Sul e Índia.

Para além das repercussões emocionais diretamente ligadas à COVID-19, existem as reações que decorrem das medidas de controle da pandemia, que envolvem distanciamento social, mudanças na rotina, a quarentena e as experiências traumáticas relacionadas a mortes de pessoas próximas. Além disso, o aumento do convívio familiar dentro de casa gerou mudanças na dinâmica das famílias, que ainda precisaram lidar com estressores como a redução de renda e o desemprego (Faro *et al.*, 2020; Schmidt *et al.*, 2020).

No que se refere mais especificamente às crianças e adolescentes, houve mudanças significativas na rotina deste grupo que vivenciou uma fragilização em suas redes de apoio, por meio da redução ou ausência de contato com outros familiares e colegas, além da interrupção de atividades escolares e de lazer. Em consequência disso, observou-se mudanças no comportamento, como a dificuldade de concentração, alterações no sono e alimentação, irritabilidade, medo, solidão, tédio e maior dependência dos pais. Somados a eles, pode haver prejuízos no ensino, na socialização e no desenvolvimento, assim como a vivência desses estressores pode causar aumento de sintomas de depressão e ansiedade, o aumento da obesidade e da exposição excessiva ao uso de telas (UNICEF, 2021; Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

Apesar de todos os impactos à saúde mental da população em geral, foi citado por uma das gestoras entrevistadas que um dos grandes desafios frente a este cenário foi não contar com psicólogos no acolhimento às pessoas que traziam essas demandas.

*“Até mesmo se você pensar na população, a população que estava fragilizada precisava de um profissional que acolhesse. Tentou-se fazer isso, mas, eu acho que os outros profissionais conseguem fazer esse papel de acolhimento? Conseguem, mas você que é psicóloga sabe disso melhor do que eu, vocês têm um preparo maior, vocês têm uma forma de acolher diferente, de colocar as questões de uma forma diferente, de trabalhar as emoções de uma forma diferente. E acabava que essa demanda era muito grande e acho que a quantidade de profissional era inferior a demanda... Filas de espera, porque às vezes quando você consegue atender já perde, já piorou, já passou”. (Entrevistado, 2022).*

A Organização Pan-Americana da Saúde (2009) já antevia a possibilidade de ocorrência de uma grande epidemia. Nesse período em que a preocupação era com a gripe aviária, houve a criação de uma diretriz de proteção da saúde mental em situações de epidemias, no qual enfatizou-se a importância de desenvolver estratégias em todos os níveis de atenção que superassem o cuidado psiquiátrico individual limitado a atender um número reduzido de pessoas.

Destaca-se nas orientações, que as equipes de APS devem receber treinamentos para que possa realizar apoio psicossocial, mas que também era imprescindível dispor de serviços de apoio emocional e psicológico para a população, assim como também era necessário que houvesse equipes ambulatoriais de saúde mental que apoiassem a AB.

No atual contexto pandêmico, também foram recomendadas fortemente que intervenções psicológicas fossem realizadas à população e aos profissionais de saúde. Embora em função da alta taxa de transmissibilidade não fossem indicados os atendimentos presenciais, muitos países apresentaram como alternativa que os serviços fossem disponibilizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação.

Nessa direção, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou uma resolução que autorizava o atendimento por esses meios à pessoas e grupos em situação de urgência, emergência e desastre, bem como em situações de violação de direitos ou violência, como estratégia para minimizar os efeitos da pandemia, visto que antes do período pandêmico esses atendimentos só eram permitidos presencialmente (Conselho Federal de Psicologia, 2020; Schmidt *et al.*, 2020).

Entre as intervenções sugeridas estão as propostas psicoeducativas realizadas por meio de cartilhas e materiais informativos; a oferta de canais para a escuta psicológica; os atendimentos psicológicos online ou quando realmente necessário, de maneira presencial. Mesmo que de forma remota, recomenda-se que sejam feitos os primeiros cuidados psicológicos, com assistência prática em situações de crise, que visam o alívio das preocupações, a oferta de conforto e a ativação de uma rede apoio social para que as necessidades básicas do indivíduo sejam supridas.

Também é importante que os psicólogos atuem junto a população oferecendo informações sobre as reações esperadas diante do contexto pandêmico; sobre estratégias para promoção de bem-estar como na orientação sobre a rotina, a higiene do sono, a importância de praticar atividades físicas e orientações sobre técnicas de relaxamento; sobre a necessidade do

fortalecimento das redes de apoio, ainda que de maneira remota; sobre o cuidado com o excesso de informações e a veracidade delas (Schmidt *et al.*, 2020).

Schmidt (2020) destaca ainda que para as pessoas com maior sofrimento são necessárias intervenções mais intensivas, como é o caso de pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado e seus familiares, as que estão hospitalizadas, as pessoas que estão em estado terminal ou que estão vivenciando o luto, especialmente aqueles indivíduos que não puderam realizar os rituais fúnebres ou despedir-se daqueles que morreram.

Outro ponto mencionado com o desafio encontrado em relação à população foi a falta de reconhecimento do trabalho dos profissionais da saúde, tendo sido citado por duas vezes.

*“E a população ainda não reconhece isso, né? A gente escuta comentários, essa moça mesmo que perdeu o marido, ela é do administrativo, sobre o uso da máscara, né? O usuário um dia foi reclamar por ter que esperar a consulta, se tava cheio de gente tossindo e tal, aí ela falou pra ele assim: “pois é, é complicado, por isso que a gente pede pra não ficar muito próximo, pede pra esperar na tenda, pede para esperar lá fora, para não ficar aqui dentro porque é arriscado, né, é perigoso, agora o senhor pensa, o senhor está aqui há meia hora, imagina a gente que fica aqui o dia inteiro, né? A gente pede pro pessoal esperar lá fora e fica tudo aqui”. E ele falou: “vocês são pagos pra isso, vocês recebem pra isso”. Então meio que assim, você recebe para correr todos os riscos, né? Então tem esse olhar da população também que em momento algum parece que reconhece, não sei”. (Entrevistado, 2022).*

*“[...] era como se a gente não estivesse fazendo nada. A impressão que dava para a população era que a gente não estava fazendo nada, embora tivesse tantas teleconsultas, todo mundo tinha que fazer e tinha os horários que a gente deixava o WhatsApp pros médicos e pros enfermeiros, mas para a população era como se a gente não estivesse fazendo nada. Então assim, foi difícil”. (Entrevistado, 2022).*

Também foram levantadas por sete vezes as dificuldades atreladas à desconfiança da população em relação à doença e sua gravidade, bem como à resistência de adesão aos protocolos de segurança. Muitos pacientes burlavam o uso de equipamentos de proteção, desconfiavam das vacinas, assim como exigiam tratamentos não reconhecidos pela ciência como válidos, conforme as falas abaixo:

*“O fato de que na época eu estava em um distrito rural, o que fez com que as pessoas acordassem para a realidade um pouco mais tarde do que os usuários da zona urbana, então elas não acreditavam muito no vírus. Será que isso está acontecendo mesmo? Será que as UAI estão lotadas? Foi preciso falecer a primeira pessoa no distrito, a segunda, precisou falecer uma pessoa conhecida, com acesso a recursos farmacológicos, né?!, para eles acreditarem que não, realmente esse vírus existe, está circulando, é uma pandemia, todo mundo vai pegar, pra eles começarem a usar máscara. Então esse perfil da população que eu atendia lá, me dificultou um pouco, uma população mais carente, com menos acesso à educação, com menos recursos”. (Entrevistado, 2022).*

*“[...]A população, parece assim... vou até te falar, parece que eles não estão nesse mundo. Até hoje. Eles não estão nesse mundo, eles não chegam sem máscara na unidade de saúde. Então assim, na época assim, ‘Por que que o médico não vai atender?’ Ficavam questionando, vinham sem máscara, questionava o atendimento. Eu falava, gente nós estamos em outro mundo ou é eles que estão. A população foi muito resistente, embora a gente explicasse, orientasse. Teve paciente que foi atendido em teleconsulta, aí falavam que não, que não foi presencial”.* (Entrevistado, 2022).

*“Alguns compreendiam, outros não. Mais aquela questão, as pessoas procuravam ‘ai será que eu estou com COVID? Tô, não to?’. Aí começaram os testes, aí as pessoas começaram a duvidar do teste. A fase de atendimento foi o que eu achei mais difícil, veio sintomas muito comuns, de gripe, dor de garganta, todo mundo que tinha aquele sintoma ali achava que era COVID. E outra as pessoas já chegavam pedindo receita de cloroquina. Eles já vinham com ‘eu quero o medicamento cloroquina’, já vinham com isso. E o médico não prescrevia. Nossa senhora! ‘Por que o médico não quer prescrever?’ Aí ele passava o medicamento que eles usavam de habitual, que era do protocolo, mas as pessoas saíam xingando, indignadas sabe? Correndo atrás de cloroquina, nas farmácias, desabasteceu tudo”.* (Entrevistado, 2022).

*“[...] As pessoas relutaram muito, ainda tem gente que ainda tem essa desconfiança da vacina, não sei porque, mas está mais que claro que ela foi importante para acabar com isso daí [...]”.* (Entrevistado, 2022).

O negacionismo é um fenômeno complexo que geralmente se utiliza de argumentos bem estruturados que aparentam propor um debate democrático, embora ele não ocorra de fato. Existe, na verdade, uma intenção expressa de rejeitar aquilo que já é consenso no meio científico. Observa-se que é geralmente utilizado pela extrema-direita, sob o pretexto de uma relação íntima com a verdade e utilizando uma abordagem populista para confrontar as elites políticas e intelectuais de modo a garantir a manutenção do poder e dos privilégios. O negacionismo da Pandemia também está articulado a outros movimentos nessa direção, como o negacionismo científico, que tem como ideologias o movimento antivacina e o terraplanismo (Duarte; Benetti, 2022; Morel, 2021).

Logo no início da Pandemia, mesmo com todas as orientações internacionais a respeito do tema, o presidente Bolsonaro em seu primeiro pronunciamento, caracterizou a COVID-19 como uma “gripezinha”, minimizando sua gravidade e dizendo que as preocupações e as medidas de proteção deveriam se restringir à população idosa e às pessoas com doenças crônicas. Para o governo brasileiro, as respostas deveriam estar focadas nos grupos prioritários, não sendo necessárias medidas de distanciamento social mais restritivas, já que a população desenvolveria naturalmente uma “imunidade de rebanho” e os indivíduos dos grupos de risco ficariam seguros até a chegada da vacina. O presidente ainda fez críticas severas aos governantes estaduais e municipais que aderiram as recomendações da OMS, os acusando de causar “histeria” na população. Nem mesmo os órgãos de imprensa e os espaços

universitários foram poupados do confronto das autoridades políticas (Duarte; Benetti, 2022; Morel, 2021).

Durante a Pandemia foi comum a circulação de notícias falsas com argumentos de que caixões funerários estavam sendo enterrados vazios, de que hospitais estariam com internações desocupadas e de que as instituições estariam fazendo laudos falsos sobre as mortes por COVID-19. Chegou a circular também que era falso o cenário de caos vivenciado por Manaus e que não teria faltado oxigênio no município, na tentativa de negar a situação crítica vivenciada por moradores da região que lidaram com a saturação dos serviços de saúde, com consequente falta de leitos hospitalares e insuficiência de oxigênio para o tratamento dos pacientes mais graves. O cenário exposto tentava fazer disseminar-se que a gravidade do contexto pandêmico não era real e sim uma conspiração para destruir o governo (Duarte; Benetti, 2022; Morel, 2021).

Além disso, insistentemente foram estimulados o uso de medicamentos sem qualquer comprovação científica de eficácia e com evidências de que poderiam produzir malefícios à saúde, entre eles a hidroxicloroquina, ivermectina e nitazoxanida, assim como houve uma promoção de sabotagem às orientações de distanciamento social, uso de máscara e vacinação.

Tais direcionamentos foram extremamente prejudiciais ao enfrentamento da Pandemia no país, principalmente em função do medo vivenciado pelas pessoas, o momento político polarizado e as informações conflitantes que dificultaram a tomada de decisões. Outro prejuízo relacionado ao uso do “Kit Covid” e ao tratamento precoce, foi o uso inadvertido dessas medicações que causaram danos à saúde da população, além de um desabastecimento que afetou diretamente as pessoas que as utilizavam regularmente para tratamentos de doenças como a malária, lúpus e artrite reumatoide (Furlan; Caramelli, 2021).

Diante o exposto, ficaram evidentes os mais variados desafios enfrentados pelas gerentes de UBS e UBSF ao lidar com a população durante a crise sanitária imposta. Eles perpassam o manejo das reações desencadeadas nos indivíduos como o medo de adoecer e morrer, os impactos na saúde mental e a falta de treinamento de profissionais para atender essas demandas, a desinformação, a falta de empatia e reconhecimento pelo trabalho desempenhado, bem como a falta de colaboração em relação aos protocolos de segurança e as recomendações de saúde. Assim, ficou evidente que ações de atenção à saúde mental, bem como de educação em saúde são ferramentas necessárias para amenizar os impactos da COVID-19 na população.

#### 4.4 Categoria 4 - Desafios na gestão da unidade na pandemia

A quarta categoria de respostas se refere aos desafios encontrados na gestão da Unidade durante a pandemia. Incluem aqueles relacionados à vivência de uma situação nova, incerta e com proporções jamais vistas anteriormente, bem como a impotência e as questões emocionais desencadeadas na administração de todas as variáveis que surgiram. Foram citadas as dificuldades de manejar as mudanças nos processos de trabalho, as exigências e as alterações frequentes nos protocolos. Mencionou-se ainda os percalços relacionados a questões estruturais, à falta de equipamentos de proteção individual e de suporte ao atendimento em situações de emergência, como pode ser visualizado no Quadro 6.

Entre as respostas relacionadas à categoria, por sete vezes citou-se a Pandemia como um evento jamais imaginado e que era realidade apenas retratada em filmes de ficção científica. O enfrentamento a uma situação nova e que se configurava com uma grave crise sanitária gerou repercussões emocionais variadas, tais como medo, insegurança e angústia, também foi descrito a necessidade de manter-se distante da família como situações estressoras vivenciadas pelas gestoras, como se observa nas falas:

*“Então, no começo foi mais complicado, né? Era tudo novo, a gente nunca imaginava que ia vivenciar, né?! Coisas que a gente só via em filme de ficção científica e de repente acontecendo no seu dia-a-dia. Então assim, no começo acho que não só pra mim, mas pra todo mundo foi assustador (pausa). Foi bem complicado (pausa). Ainda mais que eu também estava na assistência na época. Estar direto ali com a pessoa que ficava doente, que estava contaminada. [...] Acho que mexeu muito com todo mundo, né? Foi um momento de muita incerteza, de muita insegurança. Não se sabia se teria uma vacina, em quanto tempo essa vacina viria, né? Foi mais de um ano até essa vacina chegar. Um ano, né? [...] Foi um ano aí de terror, vivendo dias afastado de família, né?!”* (Entrevistado, 2022).

*“Então assim, foi um desafio muito grande, foi muito desafiador como gestora, sabe?! Porque da mesma forma a gente tinha medo e não poderia demonstrar o medo que a gente tinha, nesse período de pandemia eu fiquei afastada de casa por volta de 77 dias mais ou menos, então eu fiquei longe da família, de todo mundo, justamente até eu conseguir lidar com o novo modelo, justamente por ser profissional da saúde, gestora, precisar lidar com a doença e não levar a doença pra casa”.* (Entrevistado, 2022).

*[...]e lidar com tudo isso gerou uma angústia muito grande por parte de quem estava na coordenação, porque querendo ou não a unidade se espelha muito em você, né?! Então você tem que ter uma postura que traz segurança, que traz paz, que as pessoas estão no caminho certo e nem sempre isso foi possível.* (Entrevistado, 2022).

*“Então muita gente trabalhava com medo, mas a gente tinha que intermediar isso aí, para ver uma melhor forma, conversar bastante com a equipe para ver se*

*amenizava aquele sofrimento, né?! , aquele medo, para voltar ao trabalho e lutar, né?! Pelo bem-estar do paciente. (Entrevistado, 2022).*

*“Difícil, porque a gente também estava, né?! Mas tem que passar, então tem que fazer, vamos fazer e fazer o melhor”. (Entrevistado, 2022).*

Quadro 6 – Uberlândia/MG: respostas da Categoria 4, 2023

<b>Respostas Categoria 4</b>	<b>Nº</b>
Com a pandemia tudo era novo, visto apenas em ficção científica, gerou medo, insegurança, distanciamento da família	7
Gestores sem ter possibilidades de alterar a situação (impotentes). O serviço tinha que funcionar da melhor forma possível, com nº reduzido de profissionais que na maioria não estavam bem (fisicamente e emocionalmente), falta de apoio à gestão também e muita pressão	7
Dificuldade de fazer a equipe de profissionais confiar nos gestores e nas suas diretrizes, diante de mudanças de normativas/resoluções municipais, estaduais e do próprio Ministério da Saúde constantemente, além das informações diversas e contraditórias que surgiam a todo momento	6
Espaço físico era insuficiente perante a grande demanda de pessoas, especialmente no momento de recepção do paciente, tudo foi bem improvisado/ Pandemia exigiu uma mudança contínua no atendimento a demanda que chegava (“Onde que a gente vai colocar esses pacientes sintomáticos respiratórios?”), bem como nos equipamentos (como por exemplo, a Unidade tinha uma bala de O <sub>2</sub> e chegava três pacientes descompensados, dissaturando, a gente tinha que buscar aqui) e tinha que ir no PSF do lado para buscar outra bala. Então a Unidade foi equipada com balas de O <sub>2</sub> e carrinho de emergência. Muita demanda dentro das Unidades de Saúde	3
Falta de profissionais para separar atendimento dos pacientes COVID dos não COVID, exigindo dos profissionais que atuavam maior cuidado com os equipamentos de segurança ao mesmo tempo que tinham que atender de forma ágil a demanda e dos gestores também que precisam fazer uma educação continuada, exigindo o cumprimento de todas as diretrizes necessárias	1
Equipamentos de segurança insuficientes para os profissionais, obrigando sempre a cobrar dos gestores	1

Fonte: Dados da pesquisa elaborado por Rinala Ferreira Maia, 2023.

*“Assim, eu acreditava... como que eu te explico? Eu sentia pressão, mas achava que eu não sentia. Veio passando algum tempo e eu tive umas reações por pressão psicológica, cheguei até a sentir tremores, tremores involuntários, coisas que eu nunca tive, nunca tive. Eu tremia muito, eu sentava e fazia assim (demonstra com as mãos como era), tremia todinha. Aí eu fiz uma avaliação, fiz uma ressonância de crânio, porque isso não era normal, aí eu procurei um neuro. Foi uma dificuldade conseguir uma consulta, porque não tinha consultas com neuro, não achava neuro, aí minha médica fez uma chamada de vídeo com um amigo dela lá de Ribeirão Preto, gravou vídeo e tal e nós discutimos. Ele disse que não tinha como saber sem exame e ele pediu uma ressonância. Aí eu fiz, e consegui uma consulta com um profissional da rede, os exames não deu nada, tava tudo direitinho, certinho. Aí na conversa ele foi falando, ‘você trabalha com o que?’. Todos os sintomas, ele logo me falou, você está com uma distonia emocional. Puramente pressão. A gente acha que não tá, né? Mas os reflexos veio no organismo, onde surgiu isso daí. Eu tinha*

*um grande medo disso daí, não pelo COVID, mas ‘o que que está acontecendo comigo?’.* Foi uma fase difícil, eu tinha a sensação de que meu olho trançava, como se ele tivesse virando e eu até falava para as meninas ‘olha pra mim’, aí uma percebeu, ela ficou sem jeito de falar comigo, mas ela percebeu e falou. Aí passou um remédio, um calmante, meu sono eu achava que eu dormia bem, mas meu consciente não descansava, eu estava sempre trabalhando e eu achava que eu estava dormindo. Eu dormia umas 7 horas, eu achava que eu dormia, mas meu sono pra minha mente não era satisfatório. Aí eu tive essa questão aí, essa fase”. (Entrevistado, 2022).

Por sete vezes as gestoras apontaram que precisaram lidar com o sentimento de impotência diante de situações que eram de difícil manejo. Descreveram também a manutenção das atividades e a intermediação das necessidades da população, da equipe e da gestão como pontos críticos e estressores.

*“E aí, o que a gente pode fazer em relação a isso? Como que a gente pode mexer com isso? E de certa forma a gente ficava sem possibilidades, não nos foram dadas possibilidades. A gente tinha que fazer o serviço funcionar da melhor forma possível, com um número de gente reduzido, às vezes um número de pessoas que não estavam bem, nem fisicamente e nem emocionalmente estavam bem, mas tinha que fazer acontecer, tinha que fazer rodar”.* (Entrevistado, 2022).

*“Fica muito... (pausa) parecendo que a gente não está olhando pra pessoa, né?! Acho que fica essa sensação de não estar olhando, meu gestor não está olhando pra mim, mas o gestor também estava do mesmo jeito também, com a sensação ‘não estão olhando pra mim’. Minha equipe está pedindo socorro, eu estou pedindo socorro em nome da equipe e não tem quem me socorre”.* (Entrevistado, 2022).

*“Foi extremamente desafiador porque você tem que, na verdade, um ambiente de trabalho sadio é onde você vai encontrar todos esses grupos satisfeitos, como profissional, você quer atender aquilo que a gestão te pede, como gerente você quer ter uma equipe unida, satisfeita, né, e motivada. E você também quer seu paciente satisfeito e nem sempre isso era possível porque por vezes o paciente não entendia o porque as agendas estavam fechadas, outras vezes ele não entendia porque antes estava fechada agora está aberta e não tem a vaga de demanda”.* (Entrevistado, 2022).

*“Por isso que eu tive essa distonia emocional (risos), porque era um tiro aqui, outro ali. Cada um apertando de um lado e a gente ali no meio, a gente tava ali no meio de toda essa situação”.* (Entrevistado, 2022).

*“Como a gente nunca viveu, mesmo que a gente tenha vivido um período de dengue, né, um período muito tumultuado de dengue, mas era uma coisa que não tinha a questão das vestes, da paramentação, da questão do isolamento, e isso vira pânico entre as pessoas. ‘Eu entro aqui, tem alguém (contaminado), então não vou entrar’. Aquilo vai virando pânico, acho assim, a principal foi a questão de gerenciar, o desespero, a ausência dos serviços, né? É intermediar isso tudo (a equipe e a população). Acho que foi o principal desafio, o medo, ter que lidar com o medo do outro”.* (Entrevistado, 2022).

Vários estudos mostram que o contexto psicossocial da APS está intimamente ligado a altos níveis de estresse em enfermeiros, sejam eles assistenciais ou gerentes. Esses trabalhadores têm mais chance de desenvolver esgotamento profissional, ansiedade e

depressão em decorrência do trabalho. Variáveis relacionadas com a organização, o processo e as condições laborais são fatores que justificam essa tendência e podem desencadear ainda um clima organizacional desfavorável. Deve-se considerar que a carga horária aumentada, somadas as percepções reduzidas de controle sobre os aspectos ambientais, de autonomia do trabalho e de suporte recebido são estressores muito presentes nessa função (Aires Garcia; Marziale, 2021).

Para Loch (2019), a coordenação no nível primário tende a ser difícil já que envolve a gestão das demandas dos usuários, dos colaboradores e dos superiores. A autora destaca ainda que existe uma diversidade de ações que contemplam desde a promoção até a reabilitação, realizado por equipes multidisciplinares em processos de trabalho complexos e variados. Somados a esses fatores, existe uma elevada procura da população pelas Unidades, com uma importante sobrecarga nas agendas dos profissionais, além de dificuldades relacionadas ao gerenciamento das equipes, associadas ainda a um tempo escasso para o planejamento das atividades, exigindo constantes reprogramações. Tudo isso desencadeia um elevado nível de estresse, sem, contudo, haver apoio adequado a esses trabalhadores.

Espera-se que o gestor conduza a Unidade, organizando a equipe e os processos de trabalho, faça o diagnóstico de necessidades de modo que possa elaborar e implementar um plano estratégico para resolver adversidades encontradas, devendo monitorar de maneira contínua os resultados. Apesar disso, a lentidão da gestão pública faz com que haja um comprometimento da disponibilização de recursos físicos e humanos, afetando diretamente a administração e o planejamento das atividades que precisam ser revistas constantemente. Para além disso, o enfermeiro que atua nas funções gerenciais precisa romper com um modelo ainda muito burocrático, tecnicista e prescritivo para conseguir ser um articulador eficiente e garantir assistência integral aos usuários (Soder *et al.*, 2018).

A crise instalada pela COVID-19 colocou em evidência problemáticas de longa data relacionados ao estresse e à saúde mental dos profissionais da saúde. Todavia, dadas as suas proporções, o excesso de demandas potencializou um aumento das exigências psicológicas desses trabalhadores. Os gerentes das Unidades ficam especialmente vulneráveis, visto que são uma referência para suas equipes, para além das práticas assistenciais foram responsáveis pelo gerenciamento das mudanças nos processos de trabalho que vieram em decorrência da COVID-19; pela orientação e monitoramento da equipe, que vivenciou uma drástica alteração nos processos de trabalho e de biossegurança; pela administração dos insumos e pela atuação que buscava equilibrar as demandas da população, da equipe e da gestão municipal nesse

período crítico. A tarefa é complexa por natureza e em situações sanitárias adversas os desafios são ainda maiores (Luz *et al.*, 2020; Melo; Machado, 2013).

Partindo desse pressuposto e considerando ainda as relações de trabalho contemporâneas e, mais especificamente, o momento pandêmico, houve uma intensificação nos eventos estressores relacionados ao contexto laboral e uma potencialização do sofrimento mental, que colocam em evidência a complexidade da temática. As estratégias de enfrentamento coletivas e individuais exigem uma mobilização de todos os atores do processo, os trabalhadores, as organizações e a sociedade. O conhecimento produzido a partir da Psicodinâmica do Trabalho, sob uma ótica humanista e holística pode ser uma proposta de reflexão, prevenção, intervenção e promoção de uma transformação dos processos de trabalho (Rodrigues *et al.*, 2022).

Durante a entrevista um ponto crítico levantado por seis vezes pelas gerentes das Unidades foi em relação as mudanças frequentes nos protocolos e diretrizes de atendimento, que associadas ao volume de informações que circulavam na mídia, muitas vezes contraditórias, trouxeram dificuldades na gestão e no acompanhamento dessas informações.

*“Os fluxos foram mudando muito rapidamente, cada dia era uma novidade, uma atualização, então hoje já passava uma diretriz da portaria do enfrentamento de COVID, passava dois dias tinha uma diretriz diferente, algum acréscimo. Além disso, todas as notícias que iam saindo na mídia, que não eram portarias municipais, nem estaduais, nem do Ministério da Saúde, mas questões de pesquisas que iam saindo na mídia, pesquisas vindas de outras fontes, gerir essas informações de maneira rápida, filtrar e passar para a equipe realmente era o que mais me desafiava”.* (Entrevistado, 2022).

*“Ai gente... Ainda bem que tudo passa, né?! Porque parece que agora está tão ameno, na época eu lembro de muita angústia, principalmente no papel em que eu me encontro né?! É... de responsabilidade mesmo. ‘Deixa eu ler essa diretriz! Eu passei da forma certa pra equipe? A equipe ta fazendo como tem que ser feito, né?’. Eu lembro que foi muito angustiante, mas hoje o sentimento parece que foi tão leve né, tudo passa. Mas é isso, muita angústia de captar informações e saber que eu estou passando da maneira certa e que está sendo executado de maneira certa, né?! Monitorar isso, a gente ter um olhar sobre toda a unidade, estar atento ao que está sendo feito na sala de vacina, se está todo mundo de máscara, se o paciente que está entrando está da maneira correta também, isso não foi tranquilo..... saber que o paciente que está lá com o médico está usando a máscara de maneira adequada, se está orientado da maneira adequada”.* (Entrevistado, 2022).

*“Ninguém sabia o que tava acontecendo. Então você só via notícias, notícias, notícias, todo mundo está sabendo. Então as pessoas vinham até nós e nem nós estávamos conseguindo dar essas respostas pra eles. Então causou um certo pânico mesmo, causou um terror”.* (Entrevistado, 2022).

*“Acho que foi assim, difícil. A gente não sabia muito o que estava acontecendo, falando aí de uma fase bem inicial. Era tudo muita novidade, tinha atualizações frequentes, mudanças, as pessoas tinham muitas dúvidas, os profissionais estavam com medo”.* (Entrevistado, 2022).

De acordo com Souza Filho (2021), houve um momento da Pandemia que pensar a reorganização e as adequações necessárias dos processos era uma tarefa diária. A necessidade de estar atento às novas diretrizes e às constantes mudanças gerou prejuízos à saúde mental, com a vivência de angústia e insegurança no cotidiano dos gerentes. Para o autor, somente ao longo da Pandemia que se identificou que a APS poderia contribuir muito ao combate da crise com ferramentas que lhe são peculiares, como o planejamento e gestão de território.

Outra situação levantada pelos Coordenadores das Unidades como um desafio para o enfrentamento à crise instalada pelo COVID-19, diz respeito a questões estruturais e a falta de equipamentos para lidar com pacientes com queixas respiratórias que chegavam para atendimento, muitos deles em estado grave. Três vezes foram abordadas essas questões:

*“Onde que a gente vai colocar esses pacientes sintomáticos respiratórios pra separar dos outros não sintomáticos? Como estabelecer os pacientes que vem? E eles procuram aqui, né?! Os pacientes graves, que deveriam procurar a UAI, eles vem aqui”.* (Entrevistado, 2022).

*“Como que eu vou estruturar uma unidade? Onde esse paciente vai aguardar? Onde ele vai ser atendido? Então isso é uma rotina que a gente coloca sinalização, mas o paciente nem sempre respeita, isso em qualquer lugar”.* (Entrevistado, 2022).

*“Primeiro desafio eu acredito que foi o espaço físico, nas unidades de saúde a gente não tinha espaço físico suficiente para poder fazer salas de isolamento, para poder fazer sala para separar os pacientes suspeitos, os pacientes com síndromes gripais, os pacientes suspeitos de COVID dos outros, então isso gerou uma dificuldade, porque essa divisão deve ser feita no momento que o paciente entra na unidade. Então você ter um espaço físico na recepção para atendê-los separados, você ter uma sala para atender separados, tudo isso foi improvisado, nem sempre da maneira ideal”.* (Entrevistado, 2022).

Nessa direção, mencionou-se ainda em uma das falas, que o aumento da demanda de pacientes respiratórios encontrou dificuldades estruturais, mas também de recursos humanos disponíveis para atendimento exclusivo a esse público. Dessa maneira, os mesmos profissionais que faziam o atendimento a pacientes infectados ou com suspeita de COVID-19 eram também os que atendiam as outras demandas das Unidades. Tal situação exacerbou o risco de contaminação da população e da equipe, além de ter exigido a realização de treinamento em relação aos protocolos de uso e retirada de equipamentos de proteção.

*“Outro desafio também foi a questão de ter recursos humanos suficientes também para fazer essa divisão, você ter o profissional que está ali lidando com o paciente da sala de COVID, ele provavelmente vai ser o mesmo profissional que vai lidar com o outro paciente não COVID, então fazer a parametação e depois trocar todas as roupas, trocar o capote, trocar a máscara, tudo isso era orientado, mas no dia a dia, conforme o fluxo de atendimento ia aumentando, nem sempre isso era possível. Às vezes poderia acontecer de ocorrer algum erro na hora de retirar um jaleco, alguma coisa assim, então são fluxos que deveriam estar sempre sendo revistos. A*

*educação continuada nesse momento foi necessária, toda hora a gente teve que ficar reforçando com a equipe a importância de se aporamentar corretamente, né?! De colocar os EPI de maneira correta, retirá-los da maneira correta, mesmo no meio da correria”. (Entrevistado, 2022).*

No que se refere ao uso de EPI, apontou-se por quatro vezes a insuficiência desses materiais para a equipe e para a população, havendo necessidade de cobrar com frequência dos gestores o envio de tais recursos. Muitos profissionais acabaram custeando itens como máscaras para se proteger e a população era orientada a vir com a proteção de casa, o que muitas vezes gerou situações de conflito e dificuldade, já que muitos não compreendiam a orientação e a ignoravam, gerando situações de risco para as equipes.

Dado o exposto, é evidente a importância de voltar o olhar para os gestores de Unidades Básicas e os desafios encontrados no enfrentamento à Pandemia. Eles são atores fundamentais para a organização das Unidades de Saúde por serem os administradores de todos os processos e recursos, materiais e humanos, bem como os norteadores das mudanças, intermediando as necessidades da gestão, da população e da equipe que lidera. A complexidade e o nível de exigência de tais funções muitas vezes repercutem sobre a saúde emocional desses trabalhadores, evidenciando a necessidade de ações estratégicas de cuidado e suporte a esse grupo.

#### **4.5 Categoria 5 - Desafios relacionados à biossegurança**

A quinta categoria de resposta traz os desafios relacionados à biossegurança e à necessidade de uso de equipamentos de proteção individual (EPI) que não faziam parte da rotina das pessoas, além da intensificação de protocolos de higiene nas Unidades de Saúde. Estão incluídos também as medidas de distanciamento promovidas por meio da retirada de cadeiras da recepção da Unidade, da restrição de acompanhantes nas consultas e na interrupção e redução de alguns atendimentos que poderiam colocar em risco os profissionais e a população, como pode ser visualizado no Quadro 7.

Quadro 7 – Uberlândia/MG: respostas da Categoria 5, 2023

Respostas Categoria 5	Nº
Uso obrigatório da N95, o avental, gorro, capote, óculos de proteção, que não se usava rotineiramente antes da Pandemia	8
Intensificação da higienização das mãos, uso do álcool, chegando a ter um funcionário que ficavam na porta batendo álcool nas pessoas, nas mãos, para fazer uma higienização prévia. Uso do hipoclorito em áreas com maior fluxo de pacientes com sintomas gripais.	4
Alguns atendimentos deixaram de ser feitos ou foram reduzidos (Odonto e aerossol) a quantidade devido a necessidade de desinfecção para o próximo atendimento aumentando o intervalo de tempo de um paciente para outro.	2
Retirada de cadeiras na recepção para evitar aglomeração de pessoas	1
Atendimento sem acompanhante dentro dos consultórios	1

Fonte: Dados da pesquisa elaborado por Rinala Ferreira Maia, 2023.

Em relação aos equipamentos de uso individual, oito vezes as entrevistadas citaram as mudanças nos protocolos e a obrigatoriedade do uso para o trabalho, o que não era costume nas Unidades Básicas de Saúde. Começou-se a usar respiradores do tipo N95, máscaras cirúrgicas, aventais, gorros e óculos de proteção durante os procedimentos e atendimentos. Apontou-se ainda que algumas categorias profissionais estavam mais habituadas à utilização desses materiais, porém, para outras era algo completamente novo.

*“Teve, com certeza teve, tanto que ficou obrigatório o uso da N95, o avental, gorro, óculos de proteção, né? Coisas que não se usava rotineiramente e passou a se tornar rotineiro dentro da unidade, no atendimento. Na verdade, você não sabia quem estava contaminado, quem não estava”.* (Entrevistado, 2022).

*“Sim, a gente teve várias mudanças a começar pelo uso de EPI o tempo todo, né?! A gente sempre teve algumas doenças que já era do conhecimento de todos que deve ser usada uma máscara de proteção N95, capote, mas como a gente não sabia, se estava se tratando de uma pandemia, saber que horas que o vírus ia chegar, que horas que o contaminado ia chegar com o vírus, às vezes ele estaria assintomático. A gente teve uma nova rotina de ter que trabalhar totalmente aparántado o tempo todo, porque a qualquer momento a gente iria ter contato com esse vírus, né?”* (Entrevistado, 2022).

*“E engraçado que hoje a gente para e pensa, a gente precisava usar mais máscara mesmo, né? Tem alguns procedimentos, algumas coisas que às vezes não eram usados. Hoje a gente ainda continua de máscara, paramentado para fazer as coletas, ainda existe uma divisão dos que estão sintomáticos. Assim, veio a questão do capote, do avental que assim, geralmente só a odonto usava, né? Por causa do aerossol que produz lá. E aí toda a equipe passou a utilizar praticamente toda equipe. A questão das toucas que também era só a odonto, né? Então assim a paramentação entrou como novidade para a equipe, para algumas categorias, porque nunca era usado. Então foi uma mudança meio radical assim para alguns,*

*mas foi necessário. Não teve jeito. E a gente ainda continua com a grande maioria do EPIs assim”.* (Entrevistado, 2022).

Como a principal forma de contágio da COVID-19 se dá por meio de gotículas, secreções respiratórias e contato direto com o paciente infectado, o uso de EPI tornou-se indispensável. Tão logo se declarou emergência internacional pela doença, a OMS fez recomendações em relação ao uso racional de equipamentos pela comunidade e pelos trabalhadores, já que antevia a possibilidade de desabastecimento caso houvesse desperdício e uso inadequado. Orientou-se que deveria buscar a proteção de acordo com o cenário da crise, a categoria profissional e a atividade exercida (Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2020c).

Tornou-se imprescindível para o trabalho das equipes que os materiais fossem disponibilizados em quantidade suficiente e com a eficácia esperada; bem como houvesse treinamentos em relação ao fluxo do atendimento e o uso das barreiras à infecção. Aos profissionais de saúde que atuam diretamente em contato com o paciente foi recomendado a utilização de batas cirúrgicas, luvas, máscara cirúrgica e proteção dos olhos, sendo que os respiradores foram indicados apenas para procedimentos geradores de aerossóis. A proteção dos trabalhadores era fundamental para que eles não atuassem como vetores da transmissão, não adoecessem e para que os serviços fossem mantidos (Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2020c; Silva *et al.*, 2021).

Estudos posteriores sugeriram que a principal forma de contágio dos profissionais se deu pelo uso inadequado dos EPI. Dessa forma, foram importantes o monitoramento e a verificação por meio de *checklist* do procedimento de paramentação e desparamentação dos trabalhadores para evitar a contaminação, o que exigiu treinamentos direcionados a essa prática. Também surgiu a necessidade de se avaliar a qualidade e o conforto durante a utilização da proteção, já que a utilização de algumas dessas barreiras poderia dificultar a fala ou mesmo atrapalhar a visão dos que atuavam (Silva *et al.*, 2021).

As Coordenadoras também mencionaram outros protocolos de biossegurança adotados nas Unidades por quatro vezes, entre eles a intensificação da higienização das mãos, por meio da lavagem e do uso do álcool e da esterilização dos ambientes contaminados com hipoclorito.

*“A gente intensificou protocolos. Já era um protocolo nacional, a higienização das mãos e utilização de álcool gel, só que durante a pandemia foi muito intensificado isso. Então assim, na época em que surgiu o COVID eram escalados funcionários que ficavam na porta batendo álcool nas pessoas, nas mãos, para fazer uma higienização prévia. O pessoal da limpeza participou junto, aonde a gente atendia o*

*fluxo de pacientes com suspeita, com sintomas gripais, fazia a limpeza com hipoclorito. Então assim, mudou a vida de todos da unidade”. (Entrevistado, 2022).*

Para além da necessidade do uso de EPI, a OMS também fez recomendações em relação às medidas de prevenção como a higienização frequente das mãos com álcool, se não estiverem visivelmente sujas, e com água e sabão nos casos em que estiverem com sujidades. Orientou ainda quanto a medidas de higiene respiratória, como a cobrir o nariz e a boca em caso de tosse ou espirro. Considerando também que as superfícies das Unidades também se contaminam e podem se tornar potenciais fontes de infecção de profissionais e pacientes, deve-se considerar o uso do álcool para esterilização de equipamentos de uso comum, como termômetro e estetoscópio, ou de pequenas áreas, e de hipoclorito de sódio para desinfecção de grandes superfícies (Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2020a; Silva *et al.*, 2021).

As entrevistadas mencionaram também que adotaram como medida de segurança a retirada de algumas cadeiras da recepção para que se pudesse realizar o distanciamento entre os usuários, assim como procedeu-se com a restrição de acompanhantes em consultas, como forma de diminuir o fluxo de pessoas circulando na Unidade.

Ambas as respostas foram citadas uma vez e vão de encontro às orientações sanitárias que recomendavam tal medida como forma de reduzir a disseminação do vírus. Era indicado que se procedesse com a garantia de um espaço adequado, sendo mantida distância mínima entre as pessoas de pelo menos um metro, bem como de salas de isolamento arejadas para casos confirmados e suspeitos de COVID-19 (Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2020c).

As gestoras ainda citaram por duas vezes que foram necessárias interrupções e restrições em alguns procedimentos e atendimentos, principalmente naqueles em que são gerados aerossóis, colocando em risco a segurança dos pacientes e profissionais que ficariam expostos à infecção. Um dos serviços que mais sofreram impactos nesse sentido foi o de Saúde Bucal, embora outros também precisaram fazer modificações.

*“Além disso, a gente pode destacar uma mudança grande que teve no setor de odontologia, onde os atendimentos eram de urgência e emergência, mas além disso, teve uma baixa muito grande no número, devido ao serviço prestado pela odontologia, o aparelho de alta rotação, que é o motorzinho, né?! Espalhava um número grande de gotículas, e aí a gente teve que dar um tempo de intervalo para cada paciente, isso reduziu drasticamente o potencial de atendimento da odonto de cada unidade. Então uma odonto que atendia 7, 8 paciente por dia, passa a atender 2, 3, até dar o tempo de uma hora, de esterilizar tudo. Então, todos os setores foram afetados com essa mudança, com essa pandemia, com a questão dos protocolos de*

*segurança e esses protocolos também impactaram na maneira em que esse paciente era atendido”.* (Entrevistado, 2022).

*“Em relação ao atendimento, ao distanciamento, a questão da odonto, o aerossol, teve que diminuir o número de pacientes para poder fazer a higienização da sala, na verdade higienização não, fazer a desinfecção da sala toda e aguardar o aerossol baixar, então é uma equipe muito exposta, a da odonto, muito exposta. Alguns procedimentos que tinha que fazer aerossol elas nem faziam, teve essas mudanças de protocolo também. O protocolo de atendimento da fisioterapia, mandou tudo que que tinha fazer (uma referência ao atendimento à distância dos profissionais que imprimiam cartilhas de exercício para os pacientes fazerem em casa)”.* (Entrevistado, 2022).

Com todo o exposto sobre os desafios relacionados à biossegurança, observou-se que houve mudanças substanciais na rotina de trabalho com alterações nos protocolos, na organização das Unidades e no modelo assistencial, o que potencialmente desencadeia situações estressoras. O uso de equipamentos de segurança tornou-se indispensável para a proteção de todos e demandou monitoramento, treinamento e adaptação, exigindo dos gerentes atenção especial, tanto no que se refere ao provisionamento quanto ao uso adequado.

#### **4.6 Categoria 6 - Desafios relacionados à Gestão em Saúde e à Organização Social**

A sexta categoria de respostas traz os desafios relacionados ao manejo de situações adversas da gestão de saúde pública e os impasses de exercer tal função com um vínculo de trabalho celetista e terceirizado à uma Organização Social de Saúde, principalmente em tempos de crise sanitária. Destacou-se a dificuldade de manejo relacionado a questões estruturais e à falta de equipamentos de proteção, a questões relacionadas à segurança dos colaboradores ao precisarem impor regras sanitárias e a dificuldade com o suporte de oxigênio e transporte, como destacado no Quadro 8.

Quadro 8 – Uberlândia/MG: respostas da Categoria 6, 2023

<b>Respostas Categoria 6</b>	<b>Nº</b>
Ressalva em apontar pontos críticos na gestão da pandemia, como a quantidade insuficiente de material para profissionais e para a população, dificuldades em relação ao transporte e à exigência de protocolos (ex: máscara, oxigênio, medicações)	6
Crítica em relação à falta de máscaras e à dificuldade em relação a cobrar o protocolo da população, o que desencadeou situações de ameaça (inclusive por arma de fogo), falta de segurança e de suporte adequado aos profissionais	5
Dificuldade com transporte de pacientes graves	1

Fonte: Dados da pesquisa elaborado por Rinala Ferreira Maia, 2023.

No que concerne ao movimento de transferir a administração de serviços de caráter estatal para Organizações Sociais (OS), observa-se que ele tem ganhado força nos últimos anos no Brasil. O discurso de ineficiência do estado, assim como o movimento neoliberal fez com que o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2002) criasse o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), no qual havia uma projeção de mudança do modelo da gestão burocrática para uma gestão gerencial da Administração Pública, com o objetivo de garantir maior efetividade e qualidade dos serviços, transferindo a execução de políticas sociais para entes privados e sem fins lucrativos. Assim, haveria menor utilização de recursos, melhores resultados, maior flexibilidade e foco no cliente-cidadão (Brasil, 1997).

A consolidação dessas mudanças se deu também com a Lei nº 9.637/98, que instituiu a modalidade de gestão das Organizações Sociais (OS), permitindo a transferência do setor estatal para o público não estatal por meio de um contrato de gestão. Para muitos, tratava-se de uma alternativa aos impasses gerados pela administração pública, principalmente para o setor da saúde. O modelo ofereceria uma ampliação da autonomia e da capacidade de gestão de recursos humanos, orçamentário-financeiros, de compras e contratos, entre outros, fazendo com que os processos sejam mais rápidos e tenham maior qualidade. A partir da celebração de contratos de gestão, seriam utilizados instrumentos administrativos de natureza privada para a execução dos serviços (Brasil, 2007; Ramos, 2016).

Apesar disso, alguns autores questionam tais expectativas, não sendo muitas vezes possível identificar melhora na eficiência da administração indireta em relação à direta ou mesmo obter dados fidedignos que caminhem nessa direção, já que se trata de uma estimativa complexa e com poucos estudos registrados na literatura.

Para Ramos (2016), a revolução esperada a partir do novo modelo parece não ter se concretizado, pelo menos no que se refere à gestão e prestação de serviços na Atenção Básica. Em estudo comparativo realizado neste âmbito nas capitais brasileiras, de maneira geral, os indicadores selecionados não demonstraram maior eficiência perante o modelo de administração direta, tampouco obteve melhor desempenho em relação às cidades que não terceirizaram a gestão da APS.

Outra variável que precisa ser considerada nesse processo de privatização da saúde é a relação de trabalho que vem sendo estabelecida com os trabalhadores. A partir desse modelo, os profissionais são selecionados por meio de aprovação em concurso público, mas são contratados de acordo com o regime previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem, portanto, qualquer estabilidade advinda do vínculo estatutário. Ademais, há prejuízos em

relação aos direitos trabalhistas, à desvalorização salarial, à desqualificação e desmoralização da sua função e à submissão a formas de gestão privadas (Druck, 2016).

A fragilidade deste tipo de vínculo aparece durante as abordagens a esses coordenadores que em muitos momentos demonstraram insegurança em participar da entrevista. Vários deles questionaram se a pesquisa tinha autorização e conhecimento da gestão da OSS. Também foi possível observar por seis vezes uma certa ressalva ao tratar de situações difíceis ou ainda uma tentativa de suavizar alguns conteúdos, como nas falas:

*“Os pacientes graves, que deveriam procurar a UAI, eles vêm aqui. Então eu tive que buscar muito com a gestão a questão de equipamentos, por exemplo, a gente tinha uma bala de O2, e então às vezes chegava três pacientes descompensados, dissaturando, a gente tinha que buscar aqui. Várias vezes o PSF do lado me ajudou com bala de O2 e as UBS também. Então a gente teve que reequipar, em termo de estrutura também, hoje temos três balas de O2, carrinho de emergência também por causa dessa questão. Mas, ao mesmo tempo, na maioria das vezes, eu tinha respaldo com a gestão, um apoio significativo”. (Entrevistado, 2022).*

*[...]Uma época não ter materiais em dia para oferecer para os profissionais, um capote, máscara adequada, né. Acho que isso.*

*Faltou material?*

*Resposta: É numa época, sim. Mas, pelo menos aqui, isso era rapidamente providenciado. E por um motivo, não por falta de gestão, por falta de material no Brasil. Assim como hoje nós estamos vivendo uma crise na indústria farmacêutica, pras farmácias particulares e da rede, também houve esse período de materiais de proteção individual, na pandemia. (Entrevistado, 2022).*

*E como é trabalhar com essa escassez de materiais em uma pandemia?*

*Resposta: É muito... Houve momentos em que eu, por exemplo, se eu tive acesso a comprar uma máscara eu trazia a melhor máscara, eu comprava a melhor máscara pra minha proteção. Os colegas também pensavam dessa forma. E, claro, muito trabalhoso no sentido de correr atrás, de estar sempre informando a gestão, sempre providenciando seu respaldo, enviar emails, fazer a solicitação de material da maneira adequada para não ficar como responsável dessa falta. (Esquiva-se da pergunta, demonstra constrangimento ao responder)”. (Entrevistado, 2022).*

*“A questão de acionar o transporte também porque não era uma situação só minha, mas da cidade inteira, né? Não que estivesse havendo falha, mas era uma situação geral. Eu precisava de ambulância, outras tantas unidades precisavam, né? E sim, foi muito difícil essas situações, o profissional estar preparado para isso. Em um dia, não era só uma emergência, a questão de transporte, aporte de oxigênio. Tinha dia que a gente usava a bala inteira em um paciente em 15 minutos, mas graças a Deus, a gente não deixou de atender nenhum paciente, nenhum paciente piorou na unidade por falta de medicamento ou de O2, ou de transporte também. Não tivemos nenhum caso que pudesse ser atribuída a gravidade à falta de socorro, graças a Deus, na nossa unidade não aconteceu”. (Entrevistado, 2022).*

*[...] não dependia só da Secretaria de Saúde, dependia de todo mundo e parece que tava cada um numa bolha, cada um na sua bolha, achavam que estavam passando mal e pronto”. (Respondente, 2023).*

*[...] tudo que eles passavam era revisto pela vigilância epidemiológica, então era tudo... não era da cabeça deles (da gestão da OSS), era tudo padronizado para seguir, então não tinha o que discutir”. (Entrevistado, 2022).*

*“Lógico que como era algo novo você vai ver aí deficiências. Você vai ver a questão das medicações, do próprio mercado não tava conseguindo atender, né?”* (Entrevistado, 2022).

Por outro lado, em cinco falas destacou-se pontos críticos relacionados ao enfrentamento de eventos adversos como na orientação e imposição de protocolos sanitários à população que em algumas ocasiões se mostrou resistente, fez ameaças e colocou a integridade de profissionais em risco. Mesmo diante desse cenário, as entrevistas denunciam uma falta de suporte, de segurança e de respaldo para os líderes e para as equipes:

*“[...]minha equipe está pedindo socorro, eu estou pedindo socorro em nome da equipe e não tem quem me socorre”.* (Entrevistado, 2022).

*“A cobrança é sempre efetiva. E você tem que aprender, até hoje né? ‘Ah, a máscara é obrigatória na unidade de saúde’, né? Mas é obrigatório, mas ao mesmo tempo tem um ar de que a gente não pode impor”.* (Entrevistado, 2022).

*“Assim, a gente vai fornecer máscara pro usuário? Aí falta pra gente. A gente não consegue fazer as duas coisas. Você já deve ter percebido isso. Não tem como. A quantidade que a gente recebe às vezes nem dá pro funcionário, então se a gente for atender toda a população que sabe que tem que usar a máscara, mas vai sem a máscara, já estaria faltando com certeza. Como faltou nos últimos tempos, né?”* (Entrevistado, 2022).

*“A gente teve profissional ameaçado de morte, com arma na cabeça, por causa de máscara (risos de indignação). E assim, eu acho que o tanto que a gente fica exposto porque a gente não tem vigilante dentro do serviço de saúde, então se torna alguma coisa obrigatório pra população aceitar, mas não tem ninguém pra respaldar a gente, né? Em um lugar que na grande esmagadora maioria das vezes o público de colaboradores é feminino, são mulheres. Então eu sinto que estamos de pés e mãos atados, tentando fazer o meio campo, tentando fazer o que a gestão pede, mas tentando não exagerar, sobrecarregar demais o colaborador.”* (Entrevistado, 2022).

Para Henrique, Artmann e Lima (2019), o coordenador é responsável por intermediar a assistência e a gestão. Esses profissionais são responsáveis por dar informações para os gestores que estão acima dele, assim, devem fazer um diagnóstico das situações encontradas, informando sobre os problemas, as dificuldades, as propostas de mudança e buscam respaldo para decisões que precisam de autorização prévia. Também são responsáveis por direcionar aos profissionais que estão sob a sua liderança os recursos, regras e planos a serem adotados.

Trata-se de um trabalho complexo e estratégico que impõe grandes desafios ao gestor que se vê pressionado a dar respostas à OSS que contrata seu trabalho, a seus gestores imediatos, aos vários profissionais que compõe a sua equipe, assim como aos usuários dos serviços que procuram pela unidade, muitas vezes sem ter autonomia para decidir sobre suas

ações, sem suporte adequado e precisando ter cautela em relação às condutas adotadas em função da fragilidade do vínculo de trabalho.

Diante do exposto, verifica-se que muitos foram os desafios encontrados no manejo e na gestão da crise imposta pela COVID-19 na Atenção Primária, eles perpassam as mudanças nos processos de trabalho, a indisponibilidade de serviços e insumos, a administração de demandas da população, da equipe e da gestão municipal. Evidencia-se com isso que os Coordenadores são peças fundamentais que intermedeiam os diferentes atores do processo, e, portanto, são essenciais na compreensão e na efetivação das políticas de reorientação do modelo assistencial brasileiro. Ademais, suas perspectivas precisam figurar como fonte privilegiada de informações e de novos estudos que considerem a importância do fortalecimento da APS para o enfrentamento de qualquer situação sanitária.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise sanitária imposta pela pandemia da COVID-19 trouxe inúmeros impactos no sistema de saúde mundial, em todos os níveis de atenção, interferindo diretamente na sua organização. No contexto brasileiro, já marcado por situações de extremas vulnerabilidades sociais, econômicas e estruturais, o cenário jogou luz e ampliou as fragilidades já existentes, ganhando contornos catastróficos também em função das inações do governo que destoava e contrariava as recomendações dos órgãos sanitários internacionais.

No âmbito da Atenção Primária, essas mudanças geraram repercussões importantes tanto para a população atendida, quanto para os profissionais responsáveis pela assistência e gestão das unidades. O que se viu na prática foi uma descontinuidade do cuidado e uma redução de serviços, mesmo que houvesse recomendações para o fortalecimento das ações peculiares de cada nível de atuação para um enfrentamento adequado do momento de caos.

O presente estudo optou por buscar compreender a partir de uma análise qualitativa os rearranjos e os desafios encontrados pela APS no enfrentamento e na mitigação da crise a partir das percepções dos Gestores das Unidades de Saúde, atores dotados de visão privilegiada sobre vários aspectos da organização do serviço.

Dentro dessa perspectiva e em consonância com os estudos publicados, os resultados apontaram como principais dificuldades as mudanças nos serviços, nos processos de trabalho, nos fluxos e nas modalidades de atendimento; os desafios no manejo dos profissionais, bem como da sobrecarga de trabalho, a impossibilidade de redimensionamento da equipe e das questões relacionadas à saúde mental e o absenteísmo; os desafios relacionados ao atendimento à população, a descontinuidade do cuidado, o desespero dos usuários, o grande volume de informações equivocadas, a piora de indicadores de saúde e os prejuízos no vínculo; a escassez de materiais e insumos, incluindo de equipamentos de proteção individual, associados ainda aos elevados riscos relacionados à biossegurança; à necessidade de adaptações e educação continuada; o atendimento a situações de gravidade, à insuficiência de transporte para os serviços de urgência e de estrutura adequada.

O enfrentamento da complexidade dessas situações evidenciou ainda as fragilidades a que estão expostos os gestores locais em intermediar as exigências e as necessidades dos diversos envolvidos no processo sem uma diretriz e um plano nacional de atuação. Destaca-se ainda como ponto crítico a terceirização dos serviços de saúde, considerando que esses profissionais acabam assumindo a responsabilidade de gestão, mas com um vínculo de

trabalho celetista, que prejudica a autonomia de suas decisões.

Embora a Pandemia em um primeiro momento tenha exigido respostas urgentes por parte dos serviços hospitalares diante dos pacientes graves, era prioritário que se operacionalizasse as estratégias dos outros níveis de atenção, superando as dificuldades operacionais e estruturais para que o enfrentamento da Pandemia e de seus efeitos contemplasse não apenas os infectados, mas atuasse considerando a necessidade das coletividades, os determinantes sociais e territoriais, além das outras demandas de saúde, conforme se é recomendado em emergências de saúde pública.

A crise desencadeada pela COVID-19 impactou não apenas os serviços oferecidos pelas Unidades, mas comprometeu atividades elementares que conferem à APS o seu caráter territorial e comunitário, como as visitas domiciliares e as ações de promoção da saúde, participação social e prevenção de doenças.

Sendo assim, é necessária uma mudança no paradigma do modelo assistencial brasileiro, com uma necessária e urgente retomada das ações peculiares à Atenção Básica, por meio do fortalecimento das diretrizes do SUS com investimentos financeiros, estruturais, educacionais e em tecnologias que viabilizem o direito à universalidade e a integralidade da saúde, que ficou tão comprometido durante a Pandemia, trazendo prejuízos ainda não mensurados à toda a população.

As discussões desse trabalho não pretendem esgotar as possibilidades de reflexão acerca das questões apresentadas, mas pelo contrário, evidenciam que ainda existem poucos estudos sobre o tema, refletida na escassez de publicações que abordam a interlocução entre as emergências em saúde e as ações da APS. Talvez também por isso houve uma grande dificuldade em operacionalizar e manter as intervenções desse nível de atenção durante a Pandemia, o que desencadeou imensuráveis prejuízos à saúde da população brasileira. As grandes crises sanitárias são temas urgentes e emergentes que têm ganhado repercussão na medida em que são situações que tem se tornado cada vez mais comuns. É imperativa a necessidade de novos estudos e de novas possibilidades de intervenção nesses cenários que utilizem a APS como a ferramenta poderosa de enfrentamento que é, com todas as suas potencialidades e limitações.

## REFERÊNCIAS

- AIRES GARCIA, G. P.; MARZIALE, M. H. P. Satisfação, estresse e esgotamento profissional de enfermeiros gestores e assistencialistas da Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 55, e036752020, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021503675>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/WtxT9fgVJ5fgnNDyCZqvCHC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.
- 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. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 nov. 2020.
- AQUINO, R. *et al.* Experiências e legado da atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19: como seguir em frente? *In*: BARRETO, M. L. *et al.* (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020. v. 2. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.013>. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/20/vol2\\_cap13\\_Experi%C3%A4ncias%20e%20legado%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20em%20sa%C3%BAde%20no%20enfrentamento%20da%20pandemia....pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/20/vol2_cap13_Experi%C3%A4ncias%20e%20legado%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20em%20sa%C3%BAde%20no%20enfrentamento%20da%20pandemia....pdf). Acesso em: 9 nov. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, out. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00119021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LVBpYxSZ7XbdXKm74TPPmzR>. Acesso em: 27 ago. 2022.
- BOUSQUAT, A. *et al.* **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS: 2ª onda**. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Rede-APS.-Relatorio-Pesquisa-Desafios-da-Atencao-Basica-no-enfrentamento-da-pandemia-Covid-19-2021-1.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Casa Civil, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 7 nov. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 7 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília, DF: Mare, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf). Acesso em: 27 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Estatal**: metas, gestão profissional e direitos preservados. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 43/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Administração de dose adicional e de dose de reforço de vacinas contra a Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt43-2021-ms-vacinacovid-dose-adicional-reforco.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 1 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é atenção primária?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Portal. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: [https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cgsat\\_-\\_recomendacoes\\_de\\_protecao\\_aos\\_trabalhadores\\_dos\\_servicos\\_de\\_saude\\_no\\_atendimento\\_d\\_e\\_covid-19.pdf](https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cgsat_-_recomendacoes_de_protecao_aos_trabalhadores_dos_servicos_de_saude_no_atendimento_d_e_covid-19.pdf). Acesso em: 27 out. 2020.

BRITO, S. B. P. *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 54 - 63, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01531>. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103209/2020\\_p-028.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103209/2020_p-028.pdf). Acesso em: 27 ago. 2022.

CASTRO, C. T. *et al.* Atenção primária à saúde frente à pandemia de COVID-19 no Brasil: possibilidade e desafios. *In*: FURTADO, J. H. L.; QUEIROZ, C. R.; ANDRES, S. C. **Atenção primária à saúde no Brasil**: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. [S. l.]: Ampla, 2021. cap. 1. p. 11-25. Disponível em: <https://ampllaeditora.com.br/books/2021/04/eBook-Atencao-Primaria.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução Nº 4, de 26 de março de 2020**. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2020. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos>

prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020. Acesso em: 27 ago. 2022.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

DECLARAÇÃO de Alma Ata sobre Cuidados Primários. *In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE*, 1978, Alma-Ata. **Declaração** [...]. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 27 ago. 2022.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *In: DEJOURS, C. et al. (org.). Psicodinâmica do trabalho*: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.

DUARTE, D. E.; BENETTI, P. R. Pela Ciência, contra os cientistas? Negacionismo e as disputas em torno das políticas de saúde durante a pandemia. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 24, n. 60, maio/ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/18070337-120336>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/CJmdspZCg7KyFc47gKcjcxx/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

DURÃES, B.; BRIDI, M. A. C.; DUTRA, R. Q. O teletrabalho na pandemia da covid-19: uma nova armadilha do capital? **Revista Sociedade & Estado**, Brasília, DF, v. 36, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136030005>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/35816>. Acesso em: 27 ago. 2022.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 15-43, 2016. Suplemento 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2022.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521 - 4530, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020001104521&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020001104521&script=sci_arttext). Acesso em: 14 ago. 2022.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43 - 67. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf>.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* O processo de trabalho da enfermeira na Atenção Primária frente à pandemia da COVID-19. *In: TEODÓSIO, S. S.-C. S.; LEANDRO, S. S. (Org.).*

**Enfermagem na Atenção Básica no contexto da COVID-19.** Brasília, DF: ABEn/DEAB, 2020. v. 3. cap. 3, p. 19-26. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/09/E-BOOK-ATENCAO-BASICA.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa:** um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Crianças na pandemia COVID-19.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: [https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%cc%a7as\\_pandemia.pdf](https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%cc%a7as_pandemia.pdf). Acesso em: 30 out. 2020.

FURLAN, L.; CARAMELLI, B. The regrettable story of the “Covid Kit” and the “Early Treatment of Covid-19” in Brazil. **The Lancet Regional Health**, [s. l.], v. 4, Dec. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100089>. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00085-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00085-5/fulltext). Acesso em: 25 maio 2023.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 4, set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400019>. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-4974202000040001](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974202000040001). Acesso em: 25 maio 2023.

G1. **Coronavirus:** após 3 anos da 1ª morte, Brasil chega à marca de 700 mil vítimas da Covid. São Paulo, 2023. Portal: G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2023/03/28/brasil-chega-a-marca-de-700-mil-mortes-por-covid.ghtml>. Acesso em: 25 maio 2023.

GARBIN, A. J. Í. *et al.* Absenteísmo-doença dos profissionais da Atenção Primária à Saúde antes e durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, e20220028, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028pt> e20220028.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/HXrHhbrW4LBh4Fm4pKHJSyk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.

GAVI. The Vaccine Alliance. **COVID-19 dashboard.** Gavi, 2020. Portal. Disponível em: [https://www.gavi.org/covid19/dashboard?gclid=CjwKCAjw1MajBhAcEiwAagW9MUS7jAyvYnBSJ8lhFdVPT3jtbuRDgiAhHr14tWDZZGxXYeuou27bhoC4mkQAvD\\_BwE](https://www.gavi.org/covid19/dashboard?gclid=CjwKCAjw1MajBhAcEiwAagW9MUS7jAyvYnBSJ8lhFdVPT3jtbuRDgiAhHr14tWDZZGxXYeuou27bhoC4mkQAvD_BwE). Acesso em: 25 maio 2022.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-

1482, abr. 2020. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 ago. 2022.

GOMES, C. B.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

HENRIQUE, F.; ARTMANN, E.; LIMA, J. C. Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe6, p. 36-47, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S603>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WWkwJQmw3KXVWHZGYTZ6Pj/?lang=pt>: Acesso em: 25 abr. 2023.

HENRIQUE, F. **Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde**. 2007. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:  
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24110/2/flavia.pdf&gt>. Acesso em: 21 fev. 2022.

HORTA, B. L. *et al.* COVID-19 e assistência ambulatorial: uma pesquisa domiciliar de abrangência nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, e00194121, abr. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194121>. Disponível em:  
<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1710/covid-19-e-assistencia-ambulatorial-uma-pesquisa-domiciliar-de-abrangencia-nacional>. Acesso em: 30 jul. 2022.

JONAS, L. T.; RODRIGUES, H. C.; RESCK, Z. M. R. A função gerencial do enfermeiro na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. **Revista de APS**, Brasília, DF, v. 14, n. 1, p. 28-38, 2011. Disponível em:  
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14656>. Acesso em: 30 jul. 2022.

LEITE, I. C. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104120>. Disponível em:  
<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1093/o-papel-da-atencao-primaria-na-rede-de-atencao-a-saude-no-brasil-limites-e-possibilidades-no-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em: 22 out. 2020.

LENKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

LIMA, S. C. **Território e promoção da saúde: perspectivas para a atenção primária à saúde**. Jundiaí: Paco Editorial, 2016. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/314207359\\_Territorio\\_e\\_Promocao\\_da\\_Saude\\_perspectiva\\_para\\_atencao\\_primaria\\_a\\_saude/link/59b2df3c0f7e9b37434ea85a/download](https://www.researchgate.net/publication/314207359_Territorio_e_Promocao_da_Saude_perspectiva_para_atencao_primaria_a_saude/link/59b2df3c0f7e9b37434ea85a/download). Acesso em: 15 ago. 2022.

LOCH, S. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 48-58, dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S604.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fp89vLBPYg6MWtyB8XNWKJb/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 ago. 2022.

LUZ, E. M. F. *et al.* Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 10, 2020. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3824>. Acesso em: 15 ago. 2022.

MASCARELLO, K. C. *et al.* Hospitalização e morte por COVID-19 e sua relação com determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: um estudo transversal.

**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 3, p. 1-12, jul. 2021. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300004>. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/ress/2021.v30n3/e2020919/>. Acesso em: 17 out. 2021.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?

**Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, ago. 2020. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 17 out. 2020.

MELO, B. D. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19:**

recomendações para gestores. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020. Disponível em:

[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41030/2/Sa%c3%bade-Mental-e-](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41030/2/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-para-gestores.pdf)

[Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-para-gestores.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41030/2/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-para-gestores.pdf). Acesso em: 15 out. 2020.

MÉLO, C. B. *et al.* Visão da Teleconsulta no SUS durante a pandemia da Covid-19 no Brasil.

**Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 8, e54010817675, 2021. DOI:

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.176752>. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17675/15755>. Acesso em: 30 jul. 2022.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por

enfermeiros: desafios e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, 2013. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400008&lng=en&nrm=iso#back)

[14472013000400008&lng=en&nrm=iso#back](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400008&lng=en&nrm=iso#back). Acesso em: 30 jul. 2022.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia:** a terceira onda da COVID-19 ou o

paciente invisível. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf)

[content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf). Acesso em: 27 ago. 2022.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJBcdHy5K6NSc4X65f/>. Acesso em: 25 ago. 2021.

MOSER, C. M. *et al.* Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia do coronavírus (Covid-19). **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 107-125, 2021.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1352590>. Acesso em: 27 ago. 2022.

OLIVEIRA, A. P. C *et al.* O Estado da Enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. 1-1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3404>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nwPZbvkYp6GNLsZhFK7mGwd/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2022.

OLIVEIRA, B. V. S. *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 sob o cuidado na atenção primária í saúde: percepção de enfermeiros. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, COVID, 2021. Disponível em: <https://www.revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1550>. Acesso em: 27 ago. 2022.

OLIVEIRA, T. A; MESQUITA, G. V. Atendimento de urgência e emergência na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 6, n. 2, p. 128-136, 2013. Disponível em: <https://uninovafapi.homologacao.emnuvens.com.br/revinter/article/view/56>. Acesso em: 27 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Proteção da saúde mental em situações de epidemias**. [S. l.]: OPAS, 2009. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alerta epidemiológico: ondas e surtos recorrentes de COVID-19**. [S. l.]: OPAS, 2020a. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52911/OPASBRAPHECOVID-1920131\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52911/OPASBRAPHECOVID-1920131_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 1 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19: kit de ferramentas de transformação digital: ferramentas de conhecimento**. [S. l.]: OPAS, 2020b. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic\\_por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf). Acesso em: 1 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19): orientação provisória**. [S. l.]: OPAS, 2020c. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51954/OPASBRACOV1920013\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51954/OPASBRACOV1920013_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 1 nov. 2020.

PAIM, J. S. *et al.* Sistema Único de Saúde: 30 anos de luta! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1704, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06612018>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601704&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601704&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 ago.2022.

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, maio, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000501699&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501699&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 ago. 2022.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, jan./mar. 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDBYnh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

RAMOS, A. L. P. **Atenção Primária à Saúde e Terceirização**: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores. 2016. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/18427/ve\\_Andre\\_Luis\\_ENSP\\_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/18427/ve_Andre_Luis_ENSP_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acesso em: 27 ago. 2022.

RATHSAM, L. **Negacionismo na pandemia**: a virulência da ignorância. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2021. Disponível em:

<https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2021/04/14/negacionismo-na-pandemia-virulencia-da-ignorancia>. Acesso em: 27 ago. 2022.

RODRIGUES, T. M. L. C. *et al.* As relações de trabalho no contexto da COVID-19 à luz da psicodinâmica do trabalho: revisão de escopo. **Conjecturas**, São Paulo, v. 22, n. 17, p. 363-382, 2022. Disponível em:

<http://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/2230/1617>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, maio 2020. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2020000100501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 nov. 2020.

SILVA, O. M. *et al.* Medidas de biossegurança para prevenção da Covid-19 em profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 1, e20201191, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1191>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/3BwPGmTvxgnnNXpTZtsJTbJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2022.

SOUSA, M. F. *et al.* Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, spe5, dez. 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QxjSrYYP6VmvMNCfZjQWWZC/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2020.

SOUZA FILHO, S. A. Desafios da gestão de uma Unidade Básica de Saúde em tempos de pandemia. **Revista de APS**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/36766>. Acesso em: 5 nov. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO, 2002.

SODER, R. *et al.* Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 77-80, 2018. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1496>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496>. Acesso em: 5 nov. 2020.

TAVERES, V. **Pesquisadora fala do papel dos agentes comunitários de saúde em momentos de emergência.** Rio de Janeiro, 2020. Portal: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pesquisadora-fala-do-papel-dos-agentes-comunitarios-de-saude-em-momentos-de-emergencia>. Acesso em: 30 out. 2020.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000903465&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903465&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 nov. 2020.

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. **Carteira de serviços da atenção primária.** Uberlândia: Prefeitura Municipal, 2018. Disponível em: <http://docs.uberlandia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/carteira-de-servi%C3%A7os.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

UNICEF. **Impacto da covid-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a 'ponta do iceberg':** UNICEF. Unicef, 2021. Portal. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens>. Acesso em: 30 out. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Gestão e Avaliação na Atenção Básica.** Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: <https://unias.ufsc.br/atencaoBasica/files/2017/10/Gest%C3%A3o-e-Avalia%C3%A7%C3%A3o-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

WEINTRAUB, A. C. A. M. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41828/2/Cartilha\\_TrabalhadoresSaude.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41828/2/Cartilha_TrabalhadoresSaude.pdf). Acesso em: 18 nov. 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>. Acesso em: 1 nov. 2020.

WERNECK, G. L. A pandemia de COVID-19: desafios na avaliação do impacto de problemas complexos e multidimensionais na saúde de populações. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, abr. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102->

311XPT045322. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1711/a-pandemia-de-covid-19-desafios-na-avaliacao-do-impacto-de-problemas-complexos-e-multidimensionais-na-saude-de-populacoes#:~:text=Nesse%20contexto%2C%20a%20carga%20de,sa%C3%BAde%20no%20pa%C3%ADs%203%2C4>. Acesso em: 27 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic.** Copenhagen: WHO, 2020a. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. Acesso em: 18 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines.** Copenhagen: WHO, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>. Acesso em: 2 dez. 2021.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

- 1 – Como era o trabalho na unidade de saúde que você atua antes da pandemia? Que tipo de serviços eram oferecidos?
- 2 – Houve mudanças nos fluxos do trabalho em função da pandemia? Quais?
- 3 – Houve mudanças nos protocolos de segurança? Quais?
- 4 – Como foi/é lidar com essas mudanças na unidade que você atua?
- 5 – Quais foram os principais impactos e repercussões dessas mudanças?
- 6 – Como foi/é intermediar as propostas de enfrentamento da gestão, as demandas da equipe e da população?
- 7 – Quais os desafios encontrados para cumprir com as diretrizes de enfrentamento da COVID-19 na sua unidade?
- 8 – Como você acha que será o período pós-pandêmico na Atenção Primária?

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** COVID-19 na Atenção Primária: repercussões e desafios sob a ótica de coordenadores de unidades básicas de saúde

**Pesquisador:** Gerusa Gonçalves Moura

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58850122.2.0000.5152

**Instituição Proponente:** PPGAT- MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.490.885

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 1918712 e Projeto Detalhado (Projeto\_de\_pesquisa.docx), postados em 18/05/2022.

**INTRODUÇÃO** - Trata-se de um estudo qualitativo, em que se pretende compreender o contexto pandêmico e suas repercussões na Atenção Primária sob a ótica dos gestores de unidades básicas de saúde do setor Oeste do município de Uberlândia, a partir das experiências e dos desafios encontrados na coordenação do serviço. É uma pesquisa na interface com a Saúde Coletiva, a Saúde Ambiental, a Saúde do Trabalhador e a dinâmica da gestão e organização da rede primária no SUS.

**METODOLOGIA**

(A) Pesquisa/Estudo – Pesquisa qualitativa

(B) Tamanho da amostra – 17 gerentes de unidades básicas de saúde do setor Oeste, da cidade de Uberlândia-MG. Sendo 14 unidades básicas de Saúde da Família (UBSF) e três unidades básicas de saúde (UBS).

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** oep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.490.885

(C) Recrutamento e abordagem dos participantes – será realizado o convite ao entrevistado e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado conforme a Resolução nº 466, de 2012 (ANEXO B). Este documento será entregue pessoalmente antes da etapa da entrevista para que haja tempo para pensar sobre a proposta e aceitação; após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), serão agendadas as entrevistas individuais semiestruturadas

(D) Local e instrumento de coleta de dados/ Experimento – Entrevista semiestruturada. "As entrevistas terão a duração de aproximadamente vinte minutos e serão realizadas individualmente com cada gestor. Elas serão presenciais e agendadas de acordo com a disponibilidade e compatibilidade das agendas dos entrevistados e do pesquisador" (p.9).

(E) Metodologia de análise dos dados – "A avaliação dos resultados será feita a partir da transcrição integral das falas. Os materiais obtidos serão submetidos ao método de análise de conteúdo de Bardin (2011). De acordo com o autor, trata-se de um conjunto de técnicas, sistemáticas e objetivas, que permitem fazer inferências de conhecimentos a partir das mensagens submetidas à investigação. A primeira etapa consistirá na organização do material, através de leitura flutuante, que possibilita formulação de hipóteses e objetivos. Em um segundo momento, será feita a codificação do conteúdo, por meio da identificação de unidades de registro e de contexto, para que possa ser feita a categorização dos resultados obtidos. A partir disso, é possível realizar a interpretação dos dados, por meio de inferências apoiadas nos mecanismos clássicos da comunicação (BARDIN, 2011). Para isso, eles serão refletidos a partir da interface com autores que discutem as temáticas relacionadas à Saúde Coletiva, à Saúde Ambiental e à Saúde do Trabalhador, assim como à dinâmica da gestão e organização da Atenção Primária no SUS. Essas grandes áreas permitirão maior entendimento do contexto pandêmico e suas repercussões nas unidades básicas, refletindo sobre os impactos em relação aos serviços prestados, à saúde dos gerentes, dos demais trabalhadores e dos usuários. Essas informações serão submetidas aos objetivos da pesquisa e a hipótese inicial de investigação para que então sejam feitas as considerações finais desse trabalho."

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO** – "Para a inclusão na pesquisa serão utilizados os seguintes critérios: a) gerentes de unidades básicas de saúde (UBS) e unidades básicas de Saúde da Família (UBSF); b)

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** oep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.490.885

independente da idade, gênero e da unidade de saúde a qual está vinculado; c) atuantes como gestores na Atenção Básica em Saúde, do município de Uberlândia, do setor Oeste; d) trabalhadores que estiverem ativos quanto à sua situação funcional no momento da coleta de dados e que tenham iniciado em suas funções antes do início da pandemia.”

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO** – “ Serão excluídos da amostra aqueles profissionais que não atenderem aos critérios de inclusão ou que se recusarem a participar da pesquisa.”

**CRONOGRAMA** – Etapa de coleta de dados de 20/06/2022 a 10/08/2022

**ORÇAMENTO** – Financiamento próprio R\$ 6.375,00 de responsabilidade do pesquisador

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO** – “Conhecer as repercussões e os desafios encontrados no enfrentamento da pandemia de COVID-19 a partir do olhar dos coordenadores de unidades básicas de saúde do setor Oeste do município de Uberlândia.”

**OBJETIVOS SECUNDÁRIOS** – “Em consequência do objetivo geral, os objetivos específicos são:

- a) descrever o conjunto de ações e serviços que eram desenvolvidos nas unidades básicas de saúde antes da pandemia;
- b) caracterizar as mudanças dos fluxos de atendimento, dos protocolos de segurança e das diretrizes de atuação na Atenção Primária;
- c) analisar os impactos e os desafios encontrados por coordenadores de unidades básicas de saúde no enfrentamento à COVID-19”

**HIPÓTESE** – A hipótese deste estudo é que a pandemia de COVID-19 impactou consideravelmente os serviços prestados na Atenção Primária, os processos de trabalho, os protocolos de segurança, a saúde dos trabalhadores e dos usuários. Com isso, surgiram desafios e dificuldades, assim como foi possível vislumbrar nossas possibilidades de cuidado. Essas situações foram especialmente acompanhadas pelos gerentes das unidades básicas de saúde, atores fundamentais na compreensão do momento pandêmico e suas repercussões.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** oep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.490.885

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS** – “A pesquisa traz riscos mínimos aos seus participantes, os quais estão relacionados à possibilidade de identificação do investigado. Para minimizá-los, a equipe executora compromete-se em manter o sigilo da identidade dos estudados, identificando as transcrições com códigos e retirando o nome do entrevistado, assim como de sua unidade de trabalho. Com relação à publicação dos resultados, ela será feita de modo a preservar o sigilo e o compromisso ético com os participantes.” p.11

**BENEFÍCIOS** – “Os benefícios do estudo referem-se à possibilidade de identificar dificuldades encontradas no manejo do momento pandêmico na Atenção Primária, suas repercussões nos serviços prestados, na gestão do trabalho, assim como na saúde dos trabalhadores e dos usuários, permitindo a reflexão sobre estratégias de enfrentamento ou de políticas em saúde eficazes. Para além disso, também poderá trazer novas possibilidades de cuidado que se mostraram efetivas e que poderão ser compartilhadas entre outras equipes e unidades. p.11

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As pendências listadas no Parecer Consubstanciado nº 5.448.955, de 05 de junho de 2022, seguem abaixo, bem como a resposta da equipe de pesquisa e a análise de atendimento ou não da pendência feita pelo CEP/UFU.

**Pendência 1** - Para o Formulário Plataforma Brasil e Projeto Detalhado (Metodologia), descrever a técnica de recrutamento dos participantes, a abordagem adotada e o local de abordagem.

**RESPOSTA** - Estabeleceu-se como critério de recrutamento que todos os gerentes de unidades básicas de saúde do setor Oeste do município de Uberlândia serão convidados a participar da pesquisa. Esse setor possui 14 unidades básicas de Saúde da Família (UBSF) e três unidades básicas de saúde (UBS), cada uma delas com um enfermeiro responsável por sua gestão, somando 17 profissionais.

O convite será feito pessoalmente, nas unidades básicas de saúde em que cada coordenador trabalha, de maneira que os objetivos da pesquisa serão apresentados aos entrevistados junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado conforme a Resolução nº 466, de 2012 (ANEXO B). Este documento será entregue antes da etapa da entrevista para que haja tempo para

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.490.885

pensar sobre a proposta e aceitação. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), serão agendadas as entrevistas individuais semiestruturadas.

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência Atendida.

=====

Pendência 2 - Quanto à entrevista: Para o Formulário Plataforma Brasil e Projeto Detalhado (Metodologia), explicitar como será o agendamento da entrevista e o local que será realizada.

RESPOSTA - As entrevistas semiestruturadas serão agendadas pessoalmente nas unidades básicas de saúde em que os gestores trabalham ou ainda poderá ocorrer por telefone, o que será previamente pactuado no contato inicial em que será feito o convite para a participação na pesquisa. O dia e o horário serão agendados de acordo com a disponibilidade e compatibilidade das agendas dos entrevistados e do entrevistador.

A duração da entrevista é de aproximadamente vinte minutos e será realizada individualmente com cada coordenador. Elas serão presenciais e acontecerão nas unidades de saúde em que cada profissional trabalha, conforme já pactuado com a Instituição Coparticipante, responsável pela administração dos serviços de saúde do setor Oeste no município de Uberlândia.

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência Atendida.

=====

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

- 1) Projeto\_de\_pesquisa.docx
- 2) pendencia.docx
- 3) Termo\_de\_compromisso\_da\_equipe\_executora.pdf
- 4) Instrumento\_de\_coleta\_de\_dados.docx
- 5) Curriculum\_Lattes\_atualizado\_da\_equipe\_executora.docx
- 6) Termo\_de\_consentimento\_livre\_e\_esclarecido.pdf
- 7) Declaracao\_da\_instituicao\_coparticipante.pdf

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.490.885

8) Folha\_de\_rosto.pdf

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

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

As pendências apontadas no Parecer Consubstanciado nº 5.448.955, de 05 de junho de 2022, foram atendidas. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: OUTUBRO/2022\*.

\* Tolerância máxima de 01 mês para o atraso na entrega do relatório final.

=====

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

O CEP/UFU alerta que:

- a) Segundo as Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, o pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- b) O CEP/UFU poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto;
- c) A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento às Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.490.885

científica da pesquisa.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR:

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo (Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado pelo CEP/UFU e descontinuar o estudo após a análise, pelo CEP que aprovou o protocolo (Resolução CNS nº 466/12), das razões e dos motivos para a descontinuidade, aguardando a emissão do parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Resolução CNS nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro); e enviar a notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresentando o seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. No caso de projetos do Grupo I ou II, apresentados à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador também deve informá-la, enviando o parecer aprobatório do CEP, para ser anexado ao protocolo inicial (Resolução nº 251/97, item III.2.e).

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: oep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.490.885

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1918712.pdf	07/06/2022 20:24:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	07/06/2022 20:23:58	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	pendencia.docx	07/06/2022 20:22:43	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_da_equipe_executora.pdf	18/05/2022 19:55:15	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.docx	03/05/2022 20:14:31	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Outros	Curiculo_Lattes_atualizado_da_equipe_executora.docx	03/05/2022 20:13:07	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	03/05/2022 20:10:25	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_instituicao_coparticipante.pdf	03/05/2022 20:09:18	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	02/05/2022 19:56:49	Gerusa Gonçalves Moura	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLÂNDIA, 27 de Junho de 2022

Assinado por:  
ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br

## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REPERCUSSÕES E DESAFIOS SOB A ÓTICA DE COORDENADORES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Rinala Ferreira Maia e Gerusa Gonçalves Moura. Nesta pesquisa buscamos conhecer as repercussões e os desafios encontrados no enfrentamento da pandemia de COVID-19 na Atenção Primária, a partir do olhar dos coordenadores de unidades básicas de Saúde do setor Oeste do município de Uberlândia. Espera-se que os achados possam contribuir subsidiando reflexões sobre dificuldades encontradas no manejo do contexto pandêmico, mas também identificar ações e estratégias efetivas, que possam ser incorporadas aos serviços de saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue presencialmente, no momento do convite e da apresentação do estudo, aos gerentes das unidades básicas de saúde e, somente após a concordância em participar, a entrevista semiestruturada presencial será agendada, conforme disponibilidade e compatibilidade das agendas do entrevistado e do pesquisador. Ressalta-se que o entrevistado poderá ler e decidir se aceita participar da pesquisa conforme item IV da Resolução CNS 466/12 ou Cap. III da Resolução 510/2016.

Na sua participação, você responderá a oito perguntas sobre o seu trabalho durante a pandemia de COVID-19. A entrevista será presencial, terá duração aproximada de vinte minutos e será gravada e transcrita para posterior análise. Todo o conteúdo será de acesso restrito à pesquisadora. Ao final da pesquisa, o material será mantido em arquivo por cinco anos, conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e será descartado após o fim do prazo. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e, ainda assim, a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

**Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).**

Os riscos consistem na possível identificação dos participantes, contudo a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto de suas identidades. A investigação será suspensa de imediato quando o trabalhador, objeto da pesquisa, não quiser participar ou parar de responder. Os benefícios serão a reflexão sobre as dificuldades encontradas no manejo do contexto pandêmico na Atenção Primária e suas repercussões, assim como ações e estratégias bem-sucedidas que poderão ser compartilhadas.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Rinala Ferreira Maia – (34) 99767-3082. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link:

[https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha\\_Direitos\\_Eticos\\_2020.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf).

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131 ou pelo e-mail [cep@propp.ufu.br](mailto:cep@propp.ufu.br).

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ..... de ..... de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa