



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

SILVANI SILVA DE ALMEIDA

**ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE
A PANDEMIA DE COVID-19: A EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA

2023

SILVANI SILVA DE ALMEIDA

**ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE
A PANDEMIA DE COVID-19: A EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DA BAHIA**

Dissertação apresentada à Linha de Pesquisa Políticas, Organização de Sistemas e Programas de Saúde do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Cristina Feltrin de Oliveira.

Coorientadora: Profa. Dra. Kleize Araújo de Oliveira Souza.

FEIRA DE SANTANA

2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

A451c Almeida, Silvani Silva de
Acesso a ações e serviços de saúde da atenção primária durante a
pandemia de Covid-19: a experiência de um município do interior da
Bahia. – 2023.
71 f.: il.

Orientadora: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira.
Coorientadora: Kleize Araújo de Oliveira Souza.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, 2023.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde.
3. Covid-19 – pandemia. I.Título. II. Oliveira, Luciane Cristina Feltrin de,
orient. III. Souza, Kleize Araújo de Oliveira, Coorient. IV. Universidade
Estadual de Feira de Santana.

CDU 616.988

SILVANI SILVA DE ALMEIDA

**ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE
A PANDEMIA DE COVID-19: A EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DA BAHIA**

Dissertação apresentada à Linha de Pesquisa Políticas, Organização de Sistemas e Programas de Saúde do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: _____ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Luciane Cristina Feltrin de Oliveira
Universidade Estadual de Feira de Santana (Orientadora)

Profa. Dra. Kleize Araujo de Oliveira Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana (Coorientadora)

Profa. Dra. Juliana Alves Leite Leal
Universidade Estadual de Feira de Santana (Membro interno)

Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Membro externo)

A Mainha, Alzira Leal Santos Silva, por ter me dado a melhor riqueza: a educação.

Mamãe, Maria Leal dos Santos. Saudosa (*in memoriam*), que sempre será meu exemplo de vida, pelo sacrifício e dedicação, me incentivou sempre, como também pelo amor incondicional.

Ao meu saudoso tio Damião Leal dos Santos (*in memoriam*), pelo carinho, atenção e acolhida de sempre, além do incentivo, dividindo comigo o pouco dinheiro que tinha, que de forma despretensiosa contribuiu muito no meu caminho pelo conhecimento - e sem ele a minha caminhada seria ainda mais árdua!

Aos meus filhos, pelo apoio e por sempre acreditarem em mim, também me incentivando a investir na carreira profissional ao longo dos anos, mesmo sentindo falta da minha ausência em alguns momentos.

Ao meu esposo amado, João Evangelista Mateus de Oliveira, que sempre me estimulou nesta caminhada de estudos e aprendizagens, e que agora endossa o incentivo na minha carreira em ensino e pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, autor da vida, que tem cuidado a todo instante, apontando os rumos e dando a força necessária para superar as adversidades e seguir caminhando. Ele, nos momentos mais difíceis, me carrega em seus braços, demonstrando um amor infinito e imensurável.

À minha orientadora querida, por tamanha inspiração e compreensão, e por ser uma pesquisadora que enche os olhos de brilho. Como também agradeço à minha coorientadora, Kleize, pela parceria, apoio e paciência compartilhada.

Aos colegas do Nupisc, pela acolhida suave e terna nessa trajetória acadêmica, deixando os meus dias mais felizes, em especial à Profa. Maria Ângela, por ter criado este grupo.

À minha família e ao meu amoroso esposo, por me incentivar na busca pelo conhecimento, por dividir os projetos mais lindos de vida e de formação, para além da vida acadêmica, deixando meu coração mais pleno e cheio de fundamento.

À minha mãe, exímia educadora para a vida, que mesmo sendo uma pessoa com pouca instrução me conduziu ao caminho do conhecimento, dentro e fora de casa. Meu eterno agradecimento pela educação libertadora.

E aos meus filhos, um agradecimento especial a essas sementinhas que brotaram de dentro de mim, a quem sirvo de inspiração e não desejo decepcionar.

“Você não sabe o quanto eu caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei ei ei [...]”
(A ESTRADA, 2014).

RESUMO

A universalização do acesso à saúde no Brasil trouxe consigo a necessidade de reorganização e ampliação dos serviços de saúde. Nesse contexto, a atenção primária à saúde (APS) tornou-se uma prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local, com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do SUS. Assim, este estudo teve como objetivo a análise do acesso a ações e serviços da APS durante a pandemia da Covid-19 (2020-2022), num município do interior da Bahia, Retirolândia, que integra o território de identidade do Sisal, fazendo parte da microrregião de Serrinha. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, que utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. O método de análise de dados foi a análise de conteúdo temática. Os participantes foram gestores e trabalhadores de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, compondo um total de quatro pessoas. Os resultados mostram que o fluxo de acesso dos usuários da APS, antes da pandemia, se dava predominantemente de forma espontânea e, durante a pandemia, quase que exclusivamente mediante agendamento, o qual era realizado com o apoio do agente comunitário de saúde (ACS). As ações e serviços que tiveram sua oferta restrita pela pandemia foram: atendimentos a usuários portadores de hipertensão e diabetes e as consultas de pré-natal. Com isso, algumas estratégias foram utilizadas para manter e/ou ampliar o acesso dos usuários da APS, entre elas: o redimensionamento de horários de atendimentos; uso de telessaúde e redes sociais; e a capacidade de articulação dos ACS com a comunidade. Tais achados podem contribuir para uma reflexão sobre o processo de organização da APS e o seu papel fundamental enquanto reorganizadora da rede de atenção à saúde. Esta pesquisa apresenta algumas limitações tais como o quantitativo reduzido de entrevistados e a sobreposição de funções de alguns participantes, que são, ao mesmo tempo, gestores e trabalhadores da rede.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; atenção primária à saúde; pandemia; Covid-19.

ABSTRACT

The universalization of access to health in Brazil brought with it the need to reorganize and expand health services. In this context, PHC has become a government priority in the reorientation of health policies at the local level, with the aim of strengthening the “gateway” of the SUS. Thus, this study aimed to analyze access to PHC health actions and services during the Covid-19 pandemic (2020-2022), in a municipality in the interior of Bahia. The research was carried out in the municipality of Retirolândia - Bahia - Brazil, which is part of the Sisal identity territory, being part of the Serrinha micro-region. This is a qualitative, exploratory study that used a semi-structured interview as a data collection instrument. The data analysis method was thematic content analysis. The participants were managers and health workers linked to the Municipal Health Department, in a total of four participants. The results show that the access flow of users to PHC before the pandemic was predominantly spontaneous and, during the pandemic, almost exclusively by appointment, this was carried out with the support of the CHA. The actions and health services that had their offer restricted by the covid-19 pandemic were: assistance to users with hypertension and diabetes and prenatal consultations. In this sense, some strategies were used to maintain and/or expand users' access to actions and health services offered by the PHC, among them the resizing of service hours, use of telehealth, social networks, and the CHA's ability to articulate with the community, the latter a lightweight technology that is extremely efficient in communicating with users. Such findings can contribute to a reflection on the PHC organization process and its fundamental role as a reorganizer of the health care network. This study has some limitations, such as the small number of respondents and the overlapping roles of some participants, both managers and network workers.

Keywords: access to health services; primary health care; pandemic; Covid-19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos participantes da pesquisa no município de Retirolândia/Ba, em 2022	35
Quadro 2 - Caracterização dos documentos municipais oficiais analisados, entre 2020-2022	36
Quadro 3 - Indicadores do Programa Previne Brasil do município de Retirolândia consolidados no Camab, Bahia, 2019	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Camab	Caderno de Monitoramento da Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Covid-19	<i>Corona Virus Disease</i>
Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica em Saúde
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
EPIs	Equipamentos de proteção individual
eqAB	Equipe de Atenção Básica
eqAP	Equipe de Atenção Primária
eqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IF Baiano	Instituto Federal Baiano
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Noas	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
Nupisc	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
Sesab	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SMS	Sistema Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Telessaúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFF	Universidade Federal Fluminense
Unilab	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	15
3 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E OS MODELOS DE ATENÇÃO COMO FORMA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO VIA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	21
4 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS DIMENSÕES: REFLEXÕES SOBRE A RESOLUBILIDADE EM SAÚDE NA APS	28
5 A PANDEMIA DA COVID-19 E OS IMPACTOS NA APS: DESAFIOS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE	31
6 METODOLOGIA	33
6.1 TIPO DE ESTUDO	33
6.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	33
6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	34
6.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	35
6.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	35
6.6 ASPECTOS ÉTICOS	38
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
7.1 FLUXO DE ACESSO DOS USUÁRIOS A APS ANTES DA PANDEMIA DE COVID: ESPONTÂNEO OU ORGANIZADO?	40
7.2 O IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA APS	44
7.3 ESTRATÉGIAS E TECNOLOGIAS UTILIZADAS PELA GESTÃO MUNICIPAL PARA MANTER/AMPLIAR O ACESSO À APS	48
7.4 DIFICULDADES E DESAFIOS PARA MANTER O ACESSO DOS USUÁRIOS APS	49
7.5 AS ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DA APS PARA ATUAREM NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	51

REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE	65
APÊNDICE B – TCLE DOS GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE	67

1 APRESENTAÇÃO

Desenvolver um estudo no campo da saúde coletiva consiste num grande desafio e numa grande realização, pois, apesar da experiência na área da Gestão em Saúde e formação profissional para tanto, a progressão de uma servidora pública de técnica para gestora ainda encontra impedimentos legais no desenvolvimento da carreira funcional, a depender da forma de ingresso. Contudo, mesmo não tendo reconhecido legalmente a progressão da minha carreira na saúde pública, isso não foi impeditivo para o desenvolvimento das minhas habilidades na gestão do trabalho em saúde e, por isso, a importância do presente projeto.

Meu percurso profissional compreendendo o Sistema Único de Saúde (SUS) municipal iniciou-se por meio de concurso público, em 1997, no município de Araci, onde atuei por vinte anos, tanto no hospital municipal quanto na atenção primária à saúde (APS), passando por vários setores do serviço público. No âmbito da APS, desempenhava atividades na área de prevenção de doenças e promoção e cuidado à saúde, especialmente atuando nas campanhas educativas envolvendo a imunização, puericultura, hipertensão, diabetes *mellitus*, pré-natal e curativos.

O ingresso na vida acadêmica ocorreu em 2015, a partir do curso de graduação em Administração Pública, no mesmo local onde também atuei como gestora de pessoas, a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, no Ceará (Unilab-CE). Nesta oportunidade, pude ampliar meu olhar para as questões relacionadas à saúde do trabalhador e à educação permanente em saúde, fazendo intercâmbio com estudantes e docentes oriundos de países africanos e coordenando projetos de extensão universitária, enquanto aperfeiçoava meus estudos a partir de outras especializações¹. Entretanto, com o ingresso no Instituto Federal Baiano (IF Baiano), no campus de Serrinha, em 2019, e a convivência com os problemas de saúde nos municípios do entorno, senti que minha missão no campo da saúde pública ainda não tinha sido concluída; aliás, estava apenas começando.

Nesse sentido, tendo em vista a emergência de saúde pública, imposta pela pandemia da Corona Virus Disease (Covid-19), as fragilidades do contexto sanitário dos municípios baianos foram sendo expostas, especialmente no que se trata do acesso aos serviços da APS. Enquanto servidora técnica em educação, junto ao ambulatório de saúde do IF Baiano, pude observar uma reorganização do processo de trabalho, estabelecendo novas estratégias na

¹ Gestão Pública e Gestão em Saúde, pela Unilab; e Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde, pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

relação com os demais serviços da rede local e regional, e os impactos no acesso e no cuidado à saúde da população.

Assim, o ingresso no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e a inserção deste projeto enquanto parte integrante do estudo acerca das estratégias e tecnologias para garantir acesso e resolubilidade da APS no contexto da pandemia da Covid-19, na macrorregião de saúde Centro-Leste, realizado pelo Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (Nupisc/UEFS), visam, minimamente, a contribuição para que a APS na Bahia possa produzir serviços que respondam às necessidades da população. Além disso, objetivam fomentar novas estratégias para ampliação e qualificação do acesso num contexto de isolamento social caso sejamos acometidos por novas pandemias, e, por fim, têm o intuito de contribuir como referência para análise voltada aos limites e potencialidades referentes à implementação de novas experiências para o cuidado em saúde, junto aos municípios de pequeno porte.

2 INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde, em todo o mundo e há milhares de anos, surge a partir de práticas que objetivam protegê-la e tratá-la. Seus serviços fazem parte dos componentes do sistema de saúde, mas não se limitam a eles. No entanto, de acordo com a WHO (2000, p. 5, tradução nossa), estes sistemas podem ser definidos como um conjunto de atividades com o propósito principal de “promover, restaurar e manter a saúde” de uma população.

A consolidação dos Estados Nacionais, desde o século XV, estruturaram progressivamente os sistemas de proteção social, envolvendo a família, a comunidade, associações filantrópicas e religiosas, com vistas a institucionalizar a solidariedade. Entretanto, com o advento da Revolução Industrial, no século XIX, as formas de produção e as estruturas sociais sofreram mudanças com a intensa urbanização, deteriorando as condições de vida, seja pelos acidentes de trabalho, seja pelas doenças, gerando fragilidade nas relações familiares e comunitárias. Com isso, a saúde do trabalhador, a partir do movimento operário, deu seus primeiros passos na direção de instituir sistemas de proteção social (BUSS; LABRA, 1995).

Atualmente, o direito à saúde, enquanto direito de cidadania, que deveria ser garantido por intervenção estatal, como provedor e financiador de serviços, ainda vem sendo debatido e construído em diferentes países, sendo instituído por meio da organização dos sistemas nacionais de saúde ou pelo seguro social. Em tese, os referidos sistemas são estabelecidos para que indivíduos e coletividades tenham acesso a bens e serviços disponíveis para manutenção e recuperação da saúde (BUSS; LABRA, 1995).

De acordo com Lobato e Giovanella (2008, p. 107), os sistemas de saúde são:

[...] o conjunto de relações políticas, econômicas, e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade.

Em suma, estão atrelados à dinâmica da sociedade, e tanto são influenciados por essa dinâmica como também podem influenciá-la. Nesta direção, a construção do direito à saúde, especificamente em nosso país, na década de 70, teve, em seu bojo, um movimento conhecido por *Reforma Sanitária Brasileira* (RSB), juntamente com o processo de redemocratização, e propunha um conjunto de ideias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, que não abarcavam apenas o setor, mas todo o sistema social, em busca de melhoria das condições de vida da população (PAIM, 2008).

Tendo isso em vista, a Declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, propunha que todos os governos de todos os países formulassem políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários à saúde em coordenação com outros setores. Isto ocorreu com o intuito de resolver os principais problemas da comunidade no que se refere a este contexto, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades locais (OMS, 1978).

Assim, em consonância com o movimento pela RSB, a sistematização dessas ideias na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, oficializadas na Constituição Federal de 1988, deram início à criação do SUS. Estas apontavam, além dos elementos estruturantes do sistema, um conjunto de princípios doutrinários e organizativos, fundamentais para materializar a saúde, considerando as demandas e necessidades da população (PAIM, 2008).

Dessa forma, a universalização do acesso à saúde trouxe consigo a necessidade de reorganização e ampliação dos seus serviços. Com isso, a APS tornou-se uma prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local, com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema (BRASIL, [2023?]). Para Bodstein (2002), a APS toma força com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, estabelecendo a Unidade de Saúde da Família (USF) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) reitera, no país, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. Assim, a Pnab renomeia a APS como *Atenção Básica* (AB), e a define como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem sua promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção.

As ações supramencionadas devem ser desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população. Trata-se do primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde, fortalecendo os princípios da APS, que envolvem: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006; MACINKO; HARRIS, 2015). Além disso, é reiterada a atuação do Agente Comunitário em Saúde (ACS) inserido na ESF, o que existia desde o final da década de 80, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991 (BRASIL, 2006).

Em 2011, com a instituição das Redes de Atenção à Saúde nas regiões brasileiras, a APS é compreendida como *porta de entrada do SUS*, ao passo que a ESF teve expansão da sua cobertura em todo o território nacional. Segundo a Pesquisa Nacional de Atenção Básica, em 2019, 60% dos domicílios brasileiros estavam cadastrados nas USF e a cobertura de moradores era de 62,6%, sendo maior na área rural e nas regiões Nordeste e Sul (IBGE, 2019).

Porém, a nova versão da Pnab, instituída em 2017, trouxe a revisão de algumas diretrizes iniciais abordadas em 2006 que ameaçam a organização da APS integral e equânime. A partir da autonomia concedida aos gestores municipais para definição do escopo de serviços ofertados e a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde da família, criou-se a possibilidade de relativização da cobertura populacional, permitindo arranjos de adstrição com parâmetros populacionais diferentes do sugerido entre 2.000 e 3.500 pessoas por equipe de Saúde da Família (eqSF), de acordo com as especificidades regionais.

Além disso, a nova normativa permite a adoção de um modelo de atenção diferente da ESF, representado pela equipe de Atenção Básica (eqAB), que não possui a obrigatoriedade de ter ACS em sua composição (BRASIL, 2017). Dessa forma, tais arranjos organizacionais apontam possíveis retrocessos e ameaças para a efetivação de uma APS universal e integral, reforçando o aprofundamento de desigualdades de acesso na APS e no SUS.

Segundo Paim *et al.* (2011), a manutenção de um Sistema Único de Saúde, universal e equânime em nosso país encontra desafios pela coexistência de outros subsistemas: privado e suplementar. O subsistema privado, constituído por clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas e hospitais que ofertam serviços terceirizados ao SUS ou podem ser financiados com recursos públicos, beneficia indivíduos com capacidade de custear individualmente seu tratamento; e o subsistema suplementar favorece cidadãos com planos de saúde, sendo composto por diferentes tipos de planos privados e que recebem subsídios fiscais.

Diante disso, Paim *et al.* (2011) também afirmam que os modelos de atenção, enquanto parte de uma construção histórica, estão relacionados a movimentos ideológicos que influenciam e/ou servem de argumentos para suas elaborações, políticas e práticas de saúde. Tendo isso em vista, ao observar o avanço da política neoliberal e aquelas voltadas para o desmonte do SUS, inúmeros desafios são postos para o campo da saúde coletiva.

A ESF, enquanto modelo assistencial, propõe oferta organizada dos serviços e acolhimento ao usuário do SUS, a partir da articulação com ações de educação sanitária,

vigilância à saúde, assistência a grupos populacionais prioritários e reorganização da demanda espontânea, requerendo alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes. O acolhimento se estrutura em todas as relações práticas de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores da área e usuários, e no processo de escuta das demandas da população, de forma construtiva, tendo o usuário como centro da atenção à saúde: para questões envolvendo demanda espontânea, qualidade da atenção e/ou sua satisfação (MALTA *et al.*, 2016).

Segundo Starfield (2002), a importância da APS na promoção do acesso da população aos serviços de saúde está relacionada à sua forma de organização, que tem como objetivo resolver a maioria dos problemas de saúde dos usuários. Ainda, ao mesmo tempo, pretende exercer um papel de coordenação que pode determinar a demanda e oferta de ações e serviços para os níveis secundário e terciário.

Nesse sentido, Starfield, Shi e Macinko (2002) apontam que existem evidências que mostram que a APS ajuda a prevenir o adoecimento e a morte, além de estar associada a uma distribuição mais equitativa da saúde nas populações. Um estudo realizado na Europa mostrou que uma APS forte está relacionada a: uma melhor saúde da população; menores taxas de internações desnecessárias; e desigualdade socioeconômica relativamente menor; além de um crescimento mais lento nos gastos com saúde (KRINGOS *et al.*, 2013).

No entanto, o modelo assistencial privatista, considerado hegemônico no Brasil, apresenta concepções de cuidado focado no individualismo e no biologicismo. Além disso, direcionam-se para a relação saúde/doença numa perspectiva mercadológica, na medicalização, numa medicina curativa e na compreensão dos usuários enquanto sujeitos passivos (MERHY; FRANCO, 2003).

Com o surgimento da Covid-19, em 2020, com casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, e posteriormente decretação da pandemia, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020, houve impacto diretamente na prestação de cuidados pela APS, principalmente diante da necessidade de isolamento social, incertezas iniciais e medos entre os trabalhadores de saúde quanto a transmissibilidade do vírus, provocando interrupção inicial de atendimentos e acompanhamentos dos usuários nas unidades de saúde. Ainda, devido à gravidade da doença, o foco dos sistemas de saúde voltou-se para o cuidado hospitalar inicialmente. No Brasil, os recursos foram direcionados especialmente para a ampliação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e para a aquisição de respiradores pulmonares (FARIAS *et al.*, 2020; PAHO, 2019).

Durante a pandemia, o Ministério da Saúde (MS) disponibilizou o Protocolo de Manejo Clínico do Covid-19 na Atenção Primária, atualmente na nona versão, e manteve o discurso da importância da APS, enquanto porta de entrada dos pacientes no SUS e ordenadora da atenção, a fim de evitar que os demais níveis de cuidado ficassem superlotados e sem condições de acolhimento às demandas mais graves. O protocolo traz a metodologia *fast-track*, derivada do Protocolo Manchester, que consiste na construção de fluxos rápidos, com objetivo diferenciado de atendimento aos pacientes na unidade de saúde, desde a entrada até o atendimento médico, evitando a circulação desnecessária em outros ambientes do serviço (BRASIL, 2020b).

Estudos mostram que a APS, no contexto da pandemia da Covid-19, teve papel fundamental, principalmente nos seguintes tópicos: sua capilaridade em todo o território nacional; descentralização dos atendimentos; testagem em um maior número de casos suspeitos, busca ativa de novos casos e seguimento de casos confirmados; ações de promoção à saúde e prevenção no controle da pandemia por meio de orientações acerca do isolamento domiciliar dos casos positivos, para evitar a propagação do vírus; articulação com a vigilância da saúde, tendo em vista o bloqueio e a redução do risco; o fortalecimento da vigilância epidemiológica e também para o planejamento de medidas de controle regional (FARIAS *et al.*, 2020; SILVA FILHO *et al.*, 2020; XIMENES NETO, 2020).

Desse modo, diante da importância da APS enquanto estratégia de ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente nos municípios de pequeno porte – menos de 25 mil habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – que, na sua maioria, não contam com estrutura de atendimento adequada nos níveis secundário e terciário, verificamos a necessidade de estudar o impacto da pandemia da Covid-19 nos serviços oferecidos pela APS nesses municípios. Assim, surge o seguinte questionamento: Qual a influência da pandemia da Covid-19 no que se trata do acesso aos serviços da APS em um município de pequeno porte do interior da Bahia?

Diante do exposto, o objetivo central do presente estudo consiste em analisar o acesso a ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da Covid-19 em um município do interior da Bahia, a saber o município de Retirolândia. Para tanto, apresentaremos o referencial teórico, a metodologia e os resultados para:

- a) descrever o fluxo de acesso dos usuários da APS, antes e depois da pandemia da Covid-19 no município estudado, no período de 2020 a 2022;
- b) identificar quais serviços ou programas da APS tiveram seu acesso restringido pela pandemia da Covid-19;

- c) descrever as estratégias e tecnologias adotadas pelo município para manter/ampliar o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela APS durante a pandemia da Covid-19.

Cabe ressaltar que esta dissertação é um braço do projeto guarda-chuva intitulado *Estratégias e Tecnologias para garantir o Acesso e Resolubilidade da Atenção Primária à Saúde no Contexto da Pandemia de Covid-19 na Macrorregião de Saúde Centro-Leste*, do Nupisc/UEFS. Com isso, esperamos, prioritariamente, que o presente estudo possa trazer contribuições à gestão estadual e municipal do sistema de saúde na construção de estratégias para o fortalecimento da APS, antes e durante as situações de emergência de saúde pública.

3 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E OS MODELOS DE ATENÇÃO COMO FORMA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO VIA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A Declaração de Alma-Ata (1978) apresentou as diretrizes fundamentais para o reordenamento dos sistemas de saúde em todo o mundo, buscando abarcar a complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos das populações, sendo assim, a participação comunitária se constituiu num modelo estratégico de cuidado. De acordo com o documento, os cuidados primários de saúde ou cuidados essenciais de saúde, são baseados em:

[...] métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação" e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação". Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo quais os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 3).

Trata-se de uma nova abordagem para organizar e racionalizar os recursos disponíveis, com vistas a priorizar os cuidados primários em saúde, alcançando famílias e comunidades. No entanto, o documento reconhece que a atenção à saúde demanda compreender os limites da atenção à saúde, na medida em que os métodos e as tecnologias a serem implementados pelos serviços de proteção, prevenção e reabilitação necessitam, também, da inclusão de outros setores sociais (ASSIS *et al.*, 2007; OMS, 1978).

Segundo Paim (2008), a saúde pode ser compreendida enquanto estado de vida, área do saber e como serviços e ações voltadas a ela. O fundamento das diretrizes estabelecidas em Alma-Ata (1978) consiste em reconhecer a saúde como um estado de vida, compreendida como completa condição de bem-estar físico, mental e social, não apenas pela ausência de doenças, visto que o propósito central é que as pessoas tenham vida com qualidade.

Assim, entendemos que os cuidados primários à saúde, observada a complexidade do conceito, incidem em ações conjuntas envolvendo todos os governos e sujeitos para a promoção de um ambiente de justiça social. Nesse caso, cada sociedade deve organizar seu sistema de saúde de acordo com suas crenças, sob influência dos determinantes sociais, porém tendo a APS como primeiro nível de contato com os serviços, de modo que os demais estariam organizados num processo hierarquizado de atenção (ASSIS *et al.*, 2007; PAIM, 2008; OMS, 1978).

Para Paim (2008), o sistema de saúde abrange um conjunto de agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais e trabalhadores), que atuam com o objetivo principal de garantir a saúde das pessoas e populações. No entanto, o autor alerta que, apesar da importância dos serviços para assegurar a atenção e cuidado à saúde das populações, o estado sanitário das comunidades não depende apenas dele. Na verdade, é preciso que haja ações intersetoriais de educação, saneamento básico e infraestrutura, aliadas ao setor saúde, para que, assim, consigam atender às necessidades da população de acordo com o conceito de saúde ampliado e contemporâneo.

Os referidos sistemas, de um modo geral, seguem o tipo de proteção social adotado pelos países. Três tipos se destacam em todo o mundo: a seguridade social, o seguro social e a assistência. A seguridade e o seguro social são caracterizados como sistemas universais, em que, no primeiro caso, a saúde está vinculada à condição de cidadania, enquanto direito, sendo financiado solidariamente por toda a sociedade mediante contribuições e impostos.

No segundo caso, da proteção por meio do seguro social, de característica meritocrática, os serviços são garantidos a quem contribui para a previdência social, ou seja, para quem pode pagar por uma assistência médica, sendo toda a gestão controlada pelo Estado. Já na terceira situação, com o chamado *sistema de proteção social* baseado na assistência, conhecido como *residual*, o atendimento está vinculado à comprovação da condição de pobreza, na impossibilidade da compra de planos de saúde ofertados pelo mercado (GIOVANELLA; FLEURY, 1996)

No Brasil, na década de 1920, a saúde estava vinculada a um sistema de proteção baseado no seguro social, através das caixas de aposentadorias e pensões, substituídas, depois, pelos institutos. Contudo, a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), a saúde passa a ser inserida no contexto do tripé da Seguridade Social, num conceito mais ampliado, em conjunto com a Previdência e a Assistência Social, de forma que esses três setores passam a receber financiamentos e a serem guiados pelos princípios da igualdade, da universalidade e da equidade. O acesso aos serviços de saúde deixa de ser apenas para aqueles que contribuem (incluindo benefícios, assistência médica e social) e passa a ter uma maior amplitude de direitos de cidadania, garantidos a todos os cidadãos brasileiros, sem discriminação, apesar da coexistência dos demais sistemas no país (BRASIL, [20-?]).

Visto isso, vale destacar que o contexto de sua consolidação foi marcado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que propunha, segundo Paim (2008), um conjunto de ideias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, que não abarcavam apenas o setor, mas todo o sistema social, em busca da melhoria das

condições de vida da população. As propostas da Reforma Sanitária, sistematizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram oficializadas na CF/88, que, em seu bojo, traz a criação do SUS, enquanto parte da reforma social necessária no contexto de redemocratização do país.

Assim, o SUS foi resumido a um conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1988). Conforme consta na legislação do SUS, este

surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde. Entretanto, para que ocorra a efetiva participação social na gestão da saúde, é fundamental que sejam elaborados mecanismos de mobilização dos diferentes sujeitos relacionados ao SUS, fortalecendo a cidadania plena (BRASIL, 2009, p. 5-6).

Por meio da CF/88 e, posteriormente, dos avanços obtidos com a Lei nº 8.080/90 e com a Lei nº 8.142/90, que dispõem sobre o funcionamento dos serviços de saúde e a participação social, respectivamente, ampliou-se o debate sobre a descentralização da saúde e o fortalecimento do controle social. Isto, a partir do funcionamento dos conselhos e conferências de saúde, como também preconizou-se a integralidade do cuidado (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b).

Ainda, com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) e as Normas Operacionais Básicas (NOBs), foi possível fazer avanços em direção à consolidação do SUS, tais como: a garantia da autonomia dos estados e municípios, possuindo direção única em cada esfera de governo, ainda que vinculados à União enquanto um Estado federado; a descentralização da gestão do sistema de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada; e a valorização da cidadania, fortalecendo a participação popular como mecanismo de controle da sociedade (BRASIL, 2001). No entanto, manteve-se no país os estabelecimentos privados, enquanto complementares ao SUS. Assim, persistem subsistemas (público, privado e suplementar), que, aliados à lógica neoliberal, estabelecem inúmeros desafios para a saúde como direito de cidadania.

No Brasil, após a Declaração Alma-Ata, os pacotes mínimos de serviços de saúde implantados entre 1980 e 1990, estavam direcionados a grupos específicos (materno-infantil, populações em situação de vulnerabilidade etc.), vinculados a programas de ajustes estruturais, enquanto imposição do Banco Mundial. Porém, o Movimento pela Promoção da

Saúde, marcado pela Carta de Ottawa, fruto da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, trouxe contribuições importantes para a discussão em torno dos modelos de atenção à saúde, uma vez que incluiu os determinantes sociais da área nas ações e organização dos serviços. Assim, para além dos aspectos biológicos da vida humana, o estilo de vida, as redes sociais e comunitárias, e as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais passam a ser prioridades na compreensão do entendimento acerca do que é a saúde e como promover, tratar e prevenir os riscos e danos aos indivíduos e populações (OMS, 1978; WHO, 1986).

Assim, não podemos discutir acesso às ações e serviços no SUS sem também considerar os modelos de atenção à saúde que gestam a forma de acolher os usuários. Dessa forma, segundo Paim (1999, p. 476-477), *modelo de atenção à saúde* pode ser definido como:

[...] combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-população, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde.

Estes modelos podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos, envolvendo, respectivamente, a organização dos serviços (regionalização, níveis de atenção, descentralização, referência e contrarreferência), a gestão (descentralização dos recursos, atribuições e poder, participação social) e o planejamento (ascendente, participativo, centrado em problemas). Concisamente, são as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde que resultam do estabelecimento de intermediações entre o técnico e o político (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016; PAIM, 1999).

Portanto, Paim (1999) afirma que os modelos de atenção à saúde partem de construções históricas, sendo frutos de movimentos ideológicos. Dentre as racionalidades existentes em nosso país, o autor destaca: os modelos denominados hegemônicos, como o modelo sanitarista; o modelo médico assistencial privatista; modelo da atenção gerenciada; modelo de campanhas sanitárias; modelo de programas especiais; e os modelos alternativos, como a oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento, linhas de cuidado e promoção da saúde.

Assim, os modelos de atenção à saúde inspiram a construção de projetos e programas, em que, alguns deles (Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Programa Saúde da Família), são norteados pelo princípio da integralidade, que passa a ganhar mais centralidade na conformação das práticas do SUS. Por esse viés, faz-se importante discorrer sobre o Programa de Saúde da Família (PSF), que, de acordo com Assis *et al.* (2007, p. 5-6),

[...] nasceu em 1994, como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, a partir da reconstrução da prática na APS, colocando a família nas agendas das políticas sociais. Reflete, portanto, tanto interesses do modelo neoliberal, ao focalizar ações na população excluída da sociedade, como de forças sociais solidárias que vislumbram possibilidades de transformação da prática na “porta de entrada” da rede de serviços de saúde. A trajetória do PSF, a partir de então, evidencia um processo de reordenamento político, de suas concepções e práticas, tendo em vista a sua origem articulada aos eixos orientadores do modelo de vigilância à saúde, fundamentado no saber epidemiológico e no princípio de territorialidade para direcionar o planejamento na APS.

Desse modo, concordamos que o SUS necessita de políticas públicas no sentido de fortalecer a sua promoção para a melhoria da saúde das comunidades. Com isso, é preciso que se considere os modelos de atenção à saúde e o território enquanto espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência: de trabalho, renda, habitação, acesso à educação e o seu saber preexistente (ASSIS *et al.*, 2007).

Nesse sentido, o modelo da Estratégia Saúde da Família beneficia a população com o cuidado individualizado e/ou coletivo, com acolhimento ao usuário do SUS, a partir da articulação de ações de educação sanitária, vigilância à saúde, assistência a grupos populacionais prioritários e reorganização da demanda espontânea, requerendo alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (MERHY; FRANCO, 2003). Este, ao longo de sua implantação enquanto APS no Brasil, tem obtido êxito na ampliação do acesso à população, pelo número de equipes de saúde da família que atua em todo país, em quase 100% dos municípios, sendo a maior cobertura no Nordeste, correspondendo a 68% do total (MALTA *et al.*, 2016).

Tendo isso em vista, a APS desempenha uma função central na organização da rede do SUS, sendo atribuído a ela o acesso à porta de entrada nos serviços de saúde, de modo que os oferta e se integra à rede hierarquizada de cuidado à saúde da população, de forma contínua, com capacidade de resolutividade, atentando às necessidades do território. Para tanto, a APS deve coordenar o cuidado observando o fluxo e incentivando a promoção de saúde da comunidade por ela assistida. Assim, as ações e serviços de saúde devem estar descentralizados de forma regional e hierárquica, a partir de uma gestão democrática com atuação participativa com vistas à integralidade na atenção e equidade no acesso (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica, nomenclatura adotada no Brasil para descrever a APS – como já mencionado –, pode ser entendida como:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de

agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, p. 10).

No âmbito da constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a AB é mantida como o principal acesso, além de ser o centro de comunicação da RAS, pois é coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017), conforme segue:

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. §1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. § 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. § 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. § 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017, art. 2º).

Para Starfield, Shi e Macinko (2002), os sistemas de serviços de saúde possuem, em suma, duas metas principais: a primeira, visa à otimização da saúde da população, por meio do emprego do conhecimento para as causas das enfermidades e manejo das doenças. A segunda, portanto, busca minimizar as disparidades entre os segmentos populacionais, de modo a promover a equidade e reduzir as desvantagens sistemáticas no que se trata do acesso aos serviços de saúde.

Então, na discussão em torno da APS, segundo Assis *et al.* (2007), não se pode deixar de estabelecer relações com o sistema como um todo, mesmo reconhecendo os limites e problemas deste. Também, não é possível discutir a resolubilidade na APS sem relacioná-la à organização da rede de atenção, à conduta profissional e ao contexto entre equipe e usuários. Por ser considerada porta de entrada do SUS, considerando Paim (1999), a APS, inserida num sistema de modelo assistencial, deve apresentar organização, gestão e planejamento.

Porém, no Brasil, a atenção primária à saúde vem sofrendo alguns retrocessos desde a aprovação da atual Pnab, que ameaça a multiprofissionalidade das equipes, bem como

enfraquece o enfoque territorial comunitário, que evidencia um redirecionamento da política de saúde (BRASIL, 2017). Além disso, a criação do Programa Previne Brasil, em 2019, alterou as formas de repasse e transferências de recursos para os municípios, baseado em quatro critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base na população efetivamente cadastrada pelas eqSF e de Atenção Primária (eqAP), estimulando a produtividade desenfreada e desfavorecendo as equipes com formação mínima (BRASIL, 2019).

Dessa maneira, apesar do direito universal à saúde, assegurado na CF/88 a todos os brasileiros, que implica no dever do Estado em prover ações e serviços de saúde de acesso universal, a realidade vivida pelos brasileiros diverge do que é posto legalmente e revela dificuldades de acesso a tais serviços. De fato, as mazelas que o SUS vive desde a sua criação têm origens no subfinanciamento histórico da saúde, além dos retrocessos mais recentes no modelo assistencial da APS, que ameaçam a multiprofissionalidade das equipes, como já dito, e enfraquecem o enfoque territorial comunitário, demonstrando uma nova direção da política pública, ferindo, assim, os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MARQUES; PIOLA; ROA, 2016; PAIM, 2008, 2011).

4 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS DIMENSÕES: REFLEXÕES SOBRE A RESOLUBILIDADE EM SAÚDE NA APS

Como vimos anteriormente, a CF/88, no art. 196, compreende a saúde como um direito que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Em suma, pela influência da Conferência Internacional de Alma-Ata e pela Carta de Ottawa, aliadas ao movimento da RSB, foram definidas metas para a garantia do acesso universal à saúde, contando com a APS como primeiro nível de contato com os serviços, seguindo o princípio da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1988; OMS, 1978; WHO, 1986).

No entanto, quando falamos especificamente de acesso a serviços de saúde, encontramos um tema complexo e multidimensional, que vem sendo explorado por diversos autores (ASSIS; ABREU, 2012; DONABEDIAN, 1973; GIOVANELLA; FLEURY, 1996; PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Com isso, vale destacar que, de acordo com a WHO (1998), o conceito de acesso deve estar baseado na cobertura efetiva, devendo ser entendido como uma medida de proporção para a população que necessita de um determinado procedimento de saúde e a que consegue efetivamente.

Assim, podemos identificar a desigualdade no uso dos serviços entre as diferentes populações, definidas geograficamente, socialmente e em termos de quadro clínico, como também é possível medir o nível de facilidade no acesso, considerando os meios de transporte e tempo de chegada nos serviços de saúde (WHO, 1998, p. 7-8). No que tange à macroestrutura desses serviços, para dimensionar o fluxo e orientar o usuário quanto a sua demanda de atendimento, de forma visual, o fluxograma de atendimento dentro da rede regionalizada de atenção à saúde é considerado um caminho para a gestão do cuidado.

No entanto, defendendo a APS enquanto núcleo do cuidado, Mendes (2015) ressalta que o acesso resulta de uma interface entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes físicos e sociais, além dos atributos do sistema de atenção à saúde e das organizações que o compõem. Em contraponto, Travassos e Martins (2004) compreendem que o acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa. Dessa forma, concordamos com Mendes (2015) quando explica que as discussões em torno do tema necessitam ser mais aprofundadas no âmbito da pesquisa em saúde, a fim de elucidar pontos desconhecidos e compreender as suas diferentes dimensões.

Para o Institute of Medicine (1993), a importância do acesso centra-se no uso de procedimentos com potencial para alterar, positivamente, o estado de saúde das pessoas. Então, refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços e tecnologias de reconhecida efetividade, buscando saber se oportunidades de bons resultados estão sendo perdidas por problemas de acesso.

Outros autores adotam uma concepção multidimensional do acesso e compreendem que este envolve dimensões políticas, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica. Especificamente, a organizacional e a técnica são consideradas as mais importantes para análise do acesso aos serviços de saúde ofertados pela APS, uma vez que a dimensão organizacional diz respeito à organização do serviço, ao fluxo de atendimento, aos serviços ofertados, às barreiras geográficas, às questões de regulação, e à referência e contrarreferência; enquanto a dimensão técnica é focada na integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, competência, habilidade e compromisso com a qualidade da atenção (ASSIS; ABREU, 2012; GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

No entanto, Starfield, Shi e Macinko (2002) estabelecem uma diferenciação entre acesso e acessibilidade. Para os autores, a acessibilidade consiste numa característica da oferta, enquanto o acesso é compreendido na forma como as pessoas percebem a acessibilidade, ou seja, quando pensamos em acesso, precisamos analisar o entendimento das pessoas acerca da disponibilidade do serviço, visto que isso poderá afetar a decisão de procurá-los. Logo, implica refletirmos sobre a localização da unidade de saúde, horários de atendimento, oferta e demanda de serviços, além da percepção da população em relação a ele.

Analisando a organização dos serviços da APS, Starfield, Shi e Macinko (2002) afirmam que a capacidade do sistema está relacionada aos componentes estruturais com vistas a prestar os serviços de saúde. Assim, segundo os autores, os recursos necessários para oferecê-los, enquanto elementos capacitadores, dependem de: pessoal, composto pelos profissionais voltados para a atenção e o cuidado com saúde, bem como a educação e treinamento; instalações e equipamentos, que são os componentes físicos; variedade de serviços oferecidos pelas instalações; organização; mecanismos para a oferta da continuidade da atenção; e delineamento da população eletiva para receber os serviços que demandam conhecer as características sociodemográficas e de saúde.

No âmbito da APS, especificamente, os autores defendem que o acesso deve ser universal. Com isso, afirmam que não é preciso que esteja relacionado ao grau de necessidade, já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência

de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2002).

No Brasil, concordamos com Assis *et al.* (2007), quando explicam que a expansão da ESF, enquanto estratégia da APS, é um grande desafio. Isso ocorre principalmente nos grandes centros urbanos com mais de 100 mil habitantes, uma vez que a heterogeneidade socioeconômica de grandes concentrações populacionais provoca desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde, seja pelo nível de satisfação do usuário ou pela baixa resolubilidade na dinâmica da atenção que se organiza por meio de diferentes linhas de cuidado.

Em relação aos municípios de pequeno porte, o estudo de Almeida *et al.* (2017) mostrou fragilidades no primeiro contato, no âmbito da APS, pois o acesso foi considerado ruim na avaliação dos usuários. Da mesma forma, Miclos, Calvo e Colussi (2017) apontam que há uma baixa resolubilidade também nesses territórios, com alto percentual de ineficiência em virtude da alta rotatividade dos profissionais de saúde e más condições de trabalho das ESF, especialmente nas áreas rurais. Pelo mesmo viés, Silva *et al.* (2017) apresentam dificuldades de acesso a consultas com especialidades e aos serviços de média complexidade, inviabilizando a integralidade do cuidado pela APS nesses municípios.

Diante dessa realidade, alguns autores criticam a definição da APS enquanto porta de entrada. Para Bousquat *et al.* (2019), esse contexto ainda não é possível em nosso país, visto que a entrada no sistema de saúde pela APS carece de melhorias nas condições estruturais dos serviços (incorporação de instrumentos e técnicas), para a coordenação do cuidado, a fim de que realmente haja capacidade de resolução clínica nesse nível de atenção. Com isso, é imprescindível a inclusão do usuário em sua localidade, para o planejamento da atenção à saúde mais abrangente, articulada e descentralizada regionalmente.

A partir disso, com a pandemia da Covid-19, observamos que houve uma tentativa de manter a APS enquanto parte das ações integradas em saúde, considerando a Portaria MS nº 2.436/2017. Esta prevê a união entre Vigilância em Saúde com a AB, necessária para a garantia da integralidade da atenção e atendimento das necessidades de saúde da população.

5 A PANDEMIA DA COVID-19 E OS IMPACTOS NA APS: DESAFIOS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

A pandemia da Covid-19 iniciou-se a partir de um surto de pneumonia ocorrido em dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, que conta com uma população de 11 milhões de pessoas, situada na província de Hubei. Apesar de ter iniciado no final de 2019, em janeiro de 2020, o vírus foi isolado e os primeiros casos começaram a ser detectados. Com o avanço da doença, o novo coronavírus (SARS-CoV-2) passou a ser considerado pela OMS o estopim para uma emergência de saúde pública de importância internacional.

No Brasil, em 6 de fevereiro de 2020, é sancionada a Lei nº 13.979 que tratava das medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública. Em seguida, em 11 de março de 2020, a partir dos níveis alarmantes de propagação e letalidade, a OMS declarou a doença do novo coronavírus como uma pandemia (OPAS, 2020). A Covid-19 é disseminada de forma rápida e leva a forma grave da doença em pessoas dos grupos mais vulneráveis, tais como idosos, imunossuprimidos, cardiopatas, diabéticos, gestantes e puérperas (BRASIL, 2021).

Na Bahia, estado do Nordeste, com uma população estimada em 14.588 milhões, conforme dados do IBGE (2021), em 17 de março de 2020 foram regulamentadas as medidas temporárias para enfrentamento da pandemia (BAHIA, 2020). Em novembro de 2022, o estado totalizava 1,61 milhão de casos novos e mais de 30 mil mortes, segundo dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Divep/Sesab) (BAHIA, 2022).

A atenção primária à saúde tem papel estratégico nas ações de combate à Covid-19 no território. Isto, principalmente no que se trata da coordenação do cuidado, redução da transmissão comunitária, da resposta às demandas e monitoramento dos casos, vigilância em cada fase da pandemia e, também, da vacinação e ordenamento da Rede de Atenção à Saúde (CASTRO *et al.*, 2020; MACIEL *et al.*, 2020; RIOS; FIDALGO, 2021; XIMENES NETO *et al.*, 2020).

Visto isso, diante da nova doença infecciosa, mudanças restritivas foram adotadas, tais como a suspensão dos procedimentos eletivos, restrição do acesso da população aos serviços odontológicos e, como alternativa, surgiram inúmeras iniciativas de teleatendimento pelo mundo. No Brasil, tal prática foi regulamentada e galgou maior importância na estratégia de garantia do acesso à assistência em saúde (CASTRO *et al.*, 2020; CLARA, 2021; MACIEL *et al.*, 2020; NÓBREGA *et al.*, 2021; RIOS; FIDALGO, 2021; SAVASSI *et al.*, 2020)

Porém, a necessidade de isolamento social, o medo da contaminação por parte dos trabalhadores de saúde e da população, no primeiro momento da pandemia, quando não tínhamos a disponibilidade de vacinas, provocou uma descontinuidade do cuidado na APS com suspensão de diversos tipos de atendimentos nas unidades de saúde, como atendimentos odontológicos, hipertensos, diabéticos, de pré-natal, entre outros. De acordo com os estudos, pode ser verificado que a atenção domiciliar apresentou importante estratégia na rede de assistência à saúde (RAS), tornando-se oportuna na redução do deslocamento do usuário aos serviços, favorecendo a permanência no domicílio e reduzindo a exposição ao risco da Covid-19, (CASTRO *et al.*, 2020; MACIEL *et al.*, 2020; OPAS, 2019).

Por outro lado, as demandas passam a ser atendidas via teleconsultas. A partir disso, o agente comunitário em saúde foi inserido na reorganização do trabalho diante do contexto de emergência, e passaram a conscientizar a comunidade com orientações sobre aspectos da doença, da adoção de medidas de biossegurança, além de auxiliarem no rastreamento de contatos, no apoio às equipes de saúde e na utilização de telessaúde (MACIEL *et al.*, 2020; SAVASSI *et al.*, 2020).

Ainda assim, o isolamento social obrigou a procura de novas práticas de cuidado, como a potencialidade do uso de ferramentas de tecnologias digitais no território para divulgação das ações e disseminação de informações pelas redes sociais. Dessa forma, o teleatendimento tem contribuído para a efetividade do trabalho em equipe, na APS; e em rede, no desenvolvimento das ações de controle da pandemia (XIMENES NETO *et al.*, 2020).

Em suma, a pandemia da Covid-19 provocou mudanças importantes. Visto isso, destacamos que estas alterações impactam no reordenamento de todo o acesso à saúde, especialmente na atenção à saúde no âmbito da APS, em que os estudos são necessários para contribuir positivamente para a gestão do cuidado em todo o sistema.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, que conta com abordagem qualitativa a partir da análise descritiva. A pesquisa exploratória necessita se apoiar em alguns princípios e, ainda, objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema de modo a torná-lo explícito (SILVA; MENEZES, 2001). Para Minayo (2017), a pesquisa qualitativa tem o intuito de discutir a intensidade do fenômeno, ou seja, não trabalha com ênfase nos parâmetros que se repetem, mas está mais atenta à sua dimensão sociocultural, que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas.

Assim, a partir dos dados obtidos na realidade estudada, as informações foram sistematizadas para uma maior compreensão dos processos, uma vez que, de acordo Minayo (2014), o estudo qualitativo nos permite desvendar processos sociais pouco conhecidos de grupos populacionais específicos, não sendo possível traduzir em números e indicadores quantitativos. Também conforme Minayo (2001), a abordagem qualitativa é mais adequada à investigação de grupos e segmentos delimitados.

6.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada no município de Retirolândia, localizado na Bahia, que tem aproximadamente 14.588 habitantes e uma extensão territorial de 242,329 km² (IBGE, 2021). O município, considerado de pequeno porte, segundo o IBGE, integra o Território de Identidade do Sisal, faz parte da microrregião de Serrinha e está a 242,6 km da capital do estado, fazendo fronteira com os municípios de Valente, Conceição do Coité, São Domingos, Santa Luz e Riachão do Jacuípe. O acesso à região se dá, principalmente, através das rodovias BR-324, BR-116 Norte e BA-120.

De acordo com o CNES (2023), o sistema municipal de saúde (SMS) de Retirolândia conta com cinco Unidades de Saúde da Família e uma unidade satélite, alocados na APS, sendo três na zona rural e três na zona urbana, uma com características de USF e outras duas prestando atendimento em nível de atenção ambulatorial. Ainda, há um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); uma Academia da Saúde; um hospital municipal; uma farmácia básica, além da sede da Secretaria de Saúde. Embora tenha autonomia administrativa, o

município de Retirolândia está vinculado também aos serviços sediados no município de Serrinha (RETIROLÂNDIA, 2023).

A escolha do município ocorreu em razão da inserção desta pesquisa em um projeto-matriz denominado *guarda-chuva*, que tem como título: Estratégias e tecnologias para garantir acesso e resolubilidade da Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia de Covid-19 na Macrorregião de saúde Centro-leste vinculado ao Nupisc/UEFS. O projeto-matriz vem sendo realizado em doze municípios que compõem a macrorregião Centro-Leste de saúde do estado da Bahia. Os municípios participantes do estudo foram escolhidos por terem 100% de cobertura da ESF e apresentarem maior número de casos de Covid-19 no ano de 2020. Na região de Serrinha, foram escolhidos os municípios de São Domingos e Retirolândia, este último, campo deste estudo.

6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O quantitativo de participantes para a pesquisa foi definido considerando os cargos do exercício funcional, de acordo com os serviços de saúde da APS existentes no município de Retirolândia. Tomando como referência Minayo (2001), o quantitativo além do “ideal”, também foi delimitado pela reincidência de informações dos dados, sem desprezar as informações essenciais, com potencial explicativo para nosso estudo.

Os participantes da pesquisa foram gestores e trabalhadores da APS vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Retirolândia, os quais estão à frente da gestão de saúde municipal e/ou inseridos na APS durante o período pandêmico, que concordaram em participar do estudo por livre e espontânea vontade. Foram divididos em dois grupos: grupo I (gestores do SUS: secretário municipal, diretores e coordenadores da AB e vigilância em saúde) e grupo II (trabalhadores da AB que ocupam cargo no período da pandemia, estando atuante/ativo no município nos últimos seis meses). No caso específico do município pesquisado, destacamos que alguns participantes são, concomitantemente, gestores e trabalhadores, ocorrendo principalmente no âmbito da APS.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, participaram da pesquisa quatro gestores. Desses, dois também atuavam como trabalhadores, conforme características dos participantes apresentadas no Quadro 1:

Quadro 1 - Características dos participantes da pesquisa no município de Retirolândia/Ba, em 2022

Tipo de participante	Gênero	Idade	Profissão
Gestor 1 (G1)	Masculino	53	Gestor
Gestor 2 (G2)	Masculino	43	Gestor
Gestor 3 (G3) / Trabalhador 1 (T1)	Feminino	39	Enfermagem
Gestor 4 (G4) / Trabalhador 2 (T2)	Feminino	47	Enfermagem

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Todos os quatro gestores da APS que responderam à pesquisa possuíam curso superior, exceto um, que possuía apenas nível médio. A formação profissional predominante foi a Enfermagem, sendo que a maioria ainda possuía especialização *lato sensu* ou *stricto sensu*. Reiteramos que dois dos gestores também atuavam como trabalhadores, exercendo dupla função.

6.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que, segundo Minayo (2001), alterna entre questões fechadas e abertas, sendo que as últimas permitem que os participantes discorram sobre o objeto de estudo, sem condições prefixadas pelo pesquisador. Dessa forma, foi imprescindível compreender a importância de realizar a entrevista, a fim de que os dados obtidos tragam a validade científica.

Para tanto, a entrevista seguiu um roteiro com tópicos a serem abordados (Apêndice A). Os entrevistados foram contatados previamente, quando esclarecemos a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Ademais, vale ressaltar que as entrevistas foram gravadas, a partir da autorização dos participantes, e realizadas em ambiente reservado, livre de ruídos e de interferências, por meio do gravador do celular e, posteriormente, realizamos as transcrições, mantendo-se o anonimato e sigilo necessários.

Além das entrevistas, foram analisados documentos oficiais expedidos pelo município estudado, dentre eles decretos e portarias oficiais referentes à APS e à Covid-19. Além disso, indicadores de saúde oriundos do Caderno de Monitoramento da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Camab/Sesab), do sistema de informação (Gestor/MS) e dos registros do e-SUS, dados de livre acesso nos sites oficiais do governo.

6.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

O método de análise de dados escolhido foi a análise de conteúdo temática, que, de acordo com Minayo (2001), relaciona estruturas semânticas (significantes-respostas dadas pelos entrevistados na pesquisa) com estruturas sociológicas (significados-atribuições e interpretações feitas a partir dos significantes) dos enunciados. A análise de conteúdo temática desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante para constituição do *corpus*², a qual requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo (MINAYO, 2001).

Após a leitura das transcrições, na fase de pré-análise, pudemos revisitamos as entrevistas, focando em não omitir nenhum dado importante dito durante a gravação, no momento da coleta das informações. A compreensão das entrevistas como um todo e a percepção das articulações existentes nas falas das participantes possibilitaram o estabelecimento de conexões entre o que foi trazido e o que buscamos.

Durante a etapa da exploração do material, buscamos encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. O material coletado foi disposto em uma planilha no Excel, em que: nas colunas ordenamos as falas dos entrevistados, com as siglas *G1*, *G2*, *G3* e *G4* para gestores e para trabalhadores. Nas linhas, foram agrupados os temas abordados nas entrevistas com os resumos das falas específicas de cada entrevistado. Ao final, foi feita uma síntese horizontal por temática e uma síntese vertical por entrevistado, conforme detalhado no quadro que será disposto por categorias adiante.

Além das entrevistas, como já mencionado, foram analisados documentos oficiais expedidos pelo município, como decretos ou portarias oficiais, para confrontarmos com as informações obtidas no campo no período estudado. Esta fase da pesquisa foi desenvolvida conforme suas caracterizações apresentadas no Quadro 2:

Quadro 2 - Caracterização dos documentos municipais oficiais analisados, entre 2020-2022

(continua)

DECRETO	DISPOSIÇÃO
N. 08, de 18 de março de 2020. N. 14, de 31 de março de 2020.	Sobre medidas de prevenção e controle para enfrentamento da Covid-19 no âmbito do Município de Retirolândia-BA e dá outras providências.

² Se trata do universo estudado em sua totalidade.

Quadro 2 - Caracterização dos documentos municipais oficiais analisados, entre 2020-2022

(continuação)

DECRETO	DISPOSIÇÃO
N. 11, de 23 de março de 2020	Declara Situação de Emergência no Município de Retirolândia, Estado da Bahia, em razão de Doença Infecciosa Viral conforme Ministério da saúde, para fins de prevenção e enfrentamento à Covid-19, e dá outras providências.
N. 21, de 17 de abril de 2020	Declara para os fins do disposto no art. 65, da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 e o Decreto Legislativo nº 2.368, de 16 de abril de 2020 da ALBA, a ocorrência do estado de calamidade pública no município de Retirolândia-BA, com fundamento na de 20 de março de 2020 do Ministério da Saúde, a qual declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19).
N. 24, de 22 de abril de 2020	Estabelece novas estratégias para atendimento das famílias em situação de vulnerabilidade social em razão da pandemia da Covid-19.
N. 26, de 15 de maio de 2020	Determina medida excepcional e urgente, com vistas à prevenção e controle na disseminação e enfrentamento da Covid-19 no âmbito do município de Retirolândia e dá outras providências.
N. 34, de 17 de junho de 2020; N. 41, de 21 de julho de 2020; N. 46, de 20 de agosto de 2020; N. 47, de 27 de agosto de 2020; N.49, de 10 de setembro de 2020; N. 50, de 17 de setembro de 2020; N. 57, de 06 de novembro de 2020; N.59, de 20 de novembro de 2020; N. 60, de 04 de dezembro de 2020.	Dispõe sobre o combate, prevenção e controle da Covid-19 no município de Retirolândia-Ba e dá outras providências. Continua nos decretos seguintes adoção das mesmas medidas.

Quadro 2 - Caracterização dos documentos municipais oficiais analisados, entre 2020-2022
(conclusão)

DECRETO	DISPOSIÇÃO
Nº. 54, de 16 de abril de 2021; Nº. 59, de 07 de maio de 2021; Nº. 52, de 09 de abril de 2021; Nº. 83, de 14 de julho de 2021; Nº. 84, de 21 de julho de 2021; Nº. 88, de 05 de agosto de 2021.	Regulamenta, no âmbito do Município de Retirolândia, Bahia, novas medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, e dá outras providências. E continua nos decretos seguintes adoção das mesmas medidas.

Fonte: elaborado pela autora (2022).

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, obedeceu à Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022, que se refere à tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos, de acordo com o Sistema do Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep) (BRASIL, 2022). Estes estabelecem as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos.

Assim, os candidatos participantes foram contatados previamente, em local e condições adequadas, para o esclarecimento sobre os objetivos e consequências da pesquisa. Após o esclarecimento verbal, aqueles que concordaram em participar assinaram o TCLE (Apêndice B), que informa sobre a justificativa, os objetivos, os procedimentos utilizados, o detalhamento do método, e os possíveis riscos e benefícios esperados com os resultados do estudo; garantindo o anonimato, a privacidade, o ressarcimento das despesas com a participação da pesquisa e a liberdade de desistir de participar a qualquer momento.

Esta pesquisa teve como riscos a possibilidade de provocar sensação de desconforto, insegurança e/ou medo nos participantes, devido ao fato de terem que falar de um serviço de saúde em que trabalham. Por outro lado, houve benefícios, como a identificação das dificuldades/limites enfrentados pelos municípios para manter e ampliar o acesso à saúde por meio da APS diante da situação da pandemia da Covid-19.

Vale destacar que este estudo faz parte de um braço do projeto-matriz ou guarda-chuva. Este, denominado *Estratégias e tecnologias para garantir acesso e*

resolubilidade da Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia de Covid-19 na Macrorregião de saúde Centro-leste, é vinculado ao Nupisc/UEFS e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 FLUXO DE ACESSO DOS USUÁRIOS A APS ANTES DA PANDEMIA DE COVID: ESPONTÂNEO OU ORGANIZADO?

De acordo com Starfield (2002), a APS possui papel fundamental na prevenção do adoecimento e da morte. Além disso, a distribuição equitativa dos serviços de saúde está vinculada à sua forma de organização para resolver a maioria dos problemas de saúde da população, exercendo o papel de coordenação da demanda e da oferta de ações e serviços internos, como também em outros níveis de complexidade.

Para o Ministério da Saúde, a Atenção Básica ou a APS no SUS deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação com a RAPS, coordenando e ordenando as ações e serviços disponibilizados na rede. Com isso, é preciso que seja capaz de solucionar a maioria dos problemas de saúde da população atendida com vínculo, responsabilização e integralidade (BRASIL, 2017).

Assim, para o atendimento às necessidades dos usuários no território, a organização do serviço deve estabelecer os fluxos de atendimento, a fim de atender às demandas espontâneas. Desse modo, deve ser organizada com integralidade, acolhimento, competência e compromisso com a qualidade das relações estabelecidas (ASSIS; ABREU, 2012; GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Secretaria Municipal de Saúde do município de Retirolândia, existem seis serviços de saúde alocados na APS, para além do Nasf. São três unidades básicas de saúde na zona rural e três na zona urbana, uma com características de USF e outras duas prestando atendimento a nível de atenção ambulatorial. Em caráter complementar, os serviços de média complexidade, sob gestão municipal, também prestam atendimentos em nível ambulatorial, com várias especialidades e serviços de apoio diagnóstico terapêutico (SADT), sendo responsáveis pela realização dos exames complementares das linhas de cuidado (BRASIL, 2023).

No geral, nas UBS dos municípios são ofertados os serviços de exames de imagem, atendimentos ambulatoriais com especialidades, clínico geral, odontologia, triagem, acolhimento, enfermagem, imunização e sala de observação. As unidades contam também com infraestrutura para central de esterilização, farmácia e serviço de prontuário do paciente, ainda no âmbito da APS (BRASIL, 2017; BRASIL, 2023).

Todas as USF têm a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família, ou seja, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos. Estes estão aptos a realizarem consultas e encaminhamentos ambulatoriais, promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, produção do cuidado, telessaúde, apoio diagnóstico e imunização. Também, vale destacar que se localizam em povoados estratégicos (BRASIL, 2023).

Para o Ministério da Saúde, na APS preconiza-se o acolhimento da equipe de saúde às demandas da população adstrita com: oferta regular de consultas médica, de enfermagem e odontologia; visita domiciliar; vacinação; ações para o controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde; atendimento ao pré-natal e puerpério; rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama; curativos; planejamento familiar; teste do pezinho; teste rápido de sífilis e HIV; teste rápido de gravidez; prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis e de doenças infectocontagiosas; acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias; ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade; controle do tabagismo; e ações demandadas por demanda organizada e/ou espontânea (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, de acordo com os entrevistados, o fluxo de acesso dos usuários aos serviços da APS no município estudado, antes da pandemia da Covid-19, dava-se prioritariamente por demanda espontânea, com agendamento em alguns casos, como explicam:

Olha o acesso ele era na verdade por demanda espontânea. [...] utilizamos também a marcação de consultas agendadas, [...] o agendamento se dava pelo dia de atendimento, o dia da gestante era só pra Natal, hiperdia, puericultura e dessa forma seguia o fluxo certo, totalmente como demanda espontânea mesmo (G2) (informação verbal)³.

Eh alguns grupos são demanda espontânea e outros agendada, né? Gestante e puericultura e preventivo demanda agendada para enfermeira né? Para médicos sempre demanda espontânea (G3 T1) (informação verbal)⁴.

Embora o usuário, na maioria das situações, tenha buscado de forma espontânea a APS, para atender às suas necessidades, em alguns casos havia agendamento pelo ACS e pela enfermeira. Nessas situações, seguiam um planejamento para o atendimento a gestantes, puericultura e preventivo, voltados somente para as usuárias agendadas previamente. Os demais atendimentos, como aferição de pressão, planejamento familiar e consultas médicas, na sua maioria, aconteciam mediante demanda espontânea.

³ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante, realizada presencialmente, no município de Retirolândia-BA, no dia 9 de agosto de 2022.

⁴ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante, realizada presencialmente, no município de Retirolândia-BA, no dia 9 de agosto de 2022.

Diante disso, os agentes comunitários de saúde exerciam um papel importante de interligação entre a comunidade adstrita e a unidade de saúde. Nesse sentido, Maciel *et al.* (2020) destacam a importância dos trabalhadores nesse processo, como elo de articulação entre a comunidade e os serviços de saúde. No contexto da APS, o ACS possibilita que as necessidades de saúde da população cheguem até a equipe e, a partir daí, que sejam feitas intervenções junto à comunidade.

É sabido que a pandemia impôs desafios inesperados aos modos habituais de interação na comunidade, e da comunidade para com os serviços de saúde. De acordo com Fernandez e Lotta (2020), os ACS, inicialmente, se sentem amedrontados e despreparados diante da situação pandêmica da Covid-19. O medo da doença estava relacionado à ausência de preparo associada à falta de condições materiais de trabalho, como equipamentos de proteção individual (EPIs). Tal situação comprometeu o serviço dos ACS, que, sem apoio e condições adequadas de trabalho, ficaram impossibilitados de exercerem suas atividades, consideradas essenciais ao combate à pandemia (FERNANDES; LOTTA, 2020).

Enfim, no município estudado, o fluxo de atendimento dos usuários nas Unidades de Saúde da Família, antes do contexto pandêmico, dava-se, majoritariamente, por demanda espontânea. Estas ocorreram com poucas ações direcionadas de maneira organizada e gerenciada, de acordo com o perfil epidemiológico da comunidade, contrariando os objetivos preconizados pela Pnab e prejudicando a integralidade da atenção.

Ao analisarmos alguns indicadores do Programa Previne Brasil de Retirolândia, em 2019, antes da pandemia, consolidados no Camab da Bahia, verificamos baixos índices de atendimento aos objetivos de cada indicador avaliado, como podemos visualizar no Quadro 3:

Quadro 3 - Indicadores do Programa Previne Brasil do município de Retirolândia consolidados no Camab, Bahia, 2019

(continua)

INDICADOR	PERÍODO/2019	ÍNDICES DO MUNICÍPIO	META PREVINE-BRASIL
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação	1º Trimestre	8% 0% 11%	60%
	2º Trimestre		
	3º Trimestre		
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	1º Trimestre	32%	60%
	2º Trimestre	15%	
	3º Trimestre	33%	

Quadro 3 - Indicadores do Programa Previne Brasil do município de Retirolândia consolidados no Camab, Bahia, 2019

(conclusão)

INDICADOR	PERÍODO/2019	ÍNDICES DO MUNICÍPIO	META PREVINE-BRASIL
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	1º Trimestre	40%	60%
	2º Trimestre	7%	
	3º Trimestre	39%	
Cobertura de exame citopatológico	1º Trimestre	13%	40%
	2º Trimestre	15%	
	3º Trimestre	18%	
Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;	1º Trimestre	100%	95%
	2º Trimestre	78%	
	3º Trimestre	37%	
Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	1º Trimestre	0%	50%
	2º Trimestre	0%	
	3º Trimestre	0%	
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	1º Trimestre	0%	50%
	2º Trimestre	0%	
	3º Trimestre	1%	

Fonte: com base em Camab (2022).

Os indicadores sinalizam que o atendimento às ações estratégicas direcionadas à saúde da mulher e Hipertensão, no ano de 2019, ficaram aquém das metas estabelecidas pelo Previner Brasil. Outro indicador que chama a atenção é a cobertura vacinal (pentavalente ou tetravalente), que, no primeiro trimestre de 2019, apresentava 100% de cobertura e, no último trimestre do ano, demonstrou uma queda significativa, ficando em apenas 37%. Com isso, ressaltamos que este foi um aspecto abordado pelos participantes da pesquisa: “[...] Vacina caiu bastante a gente está vendo isso hoje né? Questão de baixa cobertura” (informação verbal)⁵.

Tais achados confirmam a realidade exposta nas entrevistas no que se refere a um fluxo de atendimento não organizado na APS, voltado apenas para demandas espontâneas, com foco nas ações imediatistas buscando apenas “apagar incêndios”, sem o devido planejamento de ações prioritárias para a comunidade. Esta realidade também foi verificada no estudo de Galvão *et al.* (2019), que detectou baixa resolutividade e abrangência da APS em 19 municípios da região Nordeste: com fragilidades na comunicação entre os profissionais, bem como entre profissionais e usuários; demora para o agendamento das referências; abastecimento irregular/insuficiente de medicamentos, rotatividade de médicos.

Outros estudos sobre a APS em municípios de pequeno porte apontam, também, para a baixa resolubilidade, em que o alto percentual de ineficiência ocorre em virtude da grande

⁵ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante, realizada presencialmente, no município de Retirolândia-BA, no dia 9 de agosto de 2022.

rotatividade dos trabalhadores de saúde e condições de trabalho das eqESF, especialmente nas áreas rurais, com baixa densidade populacional. Nesses municípios, há grande dificuldade de acesso a procedimentos de média e alta complexidade, inviabilizando a integralidade do cuidado pela APS (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017; SILVA *et al.*, 2017). Assim, vale destacar que no município em questão, observamos sobreposição de funções, pois entrevistados trabalhadores exerciam simultaneamente a função de gestores dos serviços.

É sabido que a APS, para ser resolutiva, deve ter a capacidade ampliada de escuta, para lidar com os sofrimentos, adoecimentos e demandas, de modo a atender às necessidades de saúde das quais estão constantemente expostas a população da região. De acordo Farias *et al.* (2020), a atenção primária é peça fundamental neste processo.

Também, concordamos com Mendes (2015) quando cita que a APS deve ser um local privilegiado, com população adscrita, profissionais, serviços e infraestrutura necessária para o planejamento e execução das ações, de forma efetiva e resolutiva, como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011, 2017). Dessa forma, entendemos a necessidade de equilíbrio e planejamento no atendimento às demandas espontâneas e programadas; afinal, a capacidade de coordenação do cuidado da APS pode ser afetada e fragilizada pela falta de planejamento e organização da demanda programada, destoando do que é preconizado pela PNAB (BRASIL, 2017).

Portanto, corroboramos com o que foi explicitado por Giovanella *et al.* (2021) quando trata sobre a pandemia, afirmando que a situação mostrou a necessidade de repensar os sistemas de atenção à saúde e a importância da atenção primária à saúde integral e integrada. De fato, é necessário repensar as ações de saúde na APS diante da realidade de baixa resolutividade de suas ações em diversos municípios brasileiros.

7.2 O IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA APS

Em todo o mundo e no Brasil, o surgimento da pandemia pela Covid-19 impactou diretamente na prestação de cuidados pela APS, principalmente diante da necessidade de isolamento social e devido ao foco do sistema de saúde ter se voltado completamente para o cuidado hospitalar, inicialmente. Apesar disso, neste contexto, a atenção primária à saúde manteve seu papel estratégico de coordenação do cuidado e nas ações de combate à Covid-19 no território, sobretudo, na redução da transmissão comunitária, na resposta às demandas e

monitoramento dos casos, vigilância em cada fase da pandemia, vacinação e no ordenamento da Rede de Atenção à Saúde (XIMENES NETO *et al.*, 2020).

É importante destacar que, durante a pandemia, o Ministério da Saúde disponibilizou o Protocolo de Manejo Clínico do Covid-19 na Atenção Primária, atualmente na sua nona versão. Também, reforçou o discurso da importância da APS enquanto porta de entrada dos usuários do SUS e ordenadora da atenção, de modo a evitar que os demais serviços disponibilizados ficassem superlotados, inviabilizando o atendimento (BRASIL, 2020c, 2020d).

Assim, os trabalhadores de saúde da APS tiveram que reorganizar os serviços da atenção primária no enfrentamento da pandemia, realizando as adequações necessárias, sejam elas de estrutura, redimensionamento dos fluxos de atendimentos, separação por fluxos entre usuários infectados/não infectados e alternativas para mantê-los (TEIXEIRA *et al.*, 2020). De acordo com os participantes da pesquisa, no início da pandemia, os usuários, espontaneamente, deixaram de procurar o serviço diante da necessidade de isolamento social e medo de contaminação, como podemos ver nos depoimentos abaixo:

[...] o impacto foi bastante ruim, né? Porque as pessoas mesmo tendo a necessidade do atendimento [...] elas por medo ou por estar se protegendo elas evitavam procurar ao serviço (G1) (informação verbal)⁶.

Então realmente reduziu muito a quantidade de pessoas que a gente atendia. [...] só ia a unidade de saúde quem tivesse sintomático respiratório, fora isso gestante, né? No pré-natal, a gente colocava menos gestante no mesmo turno pra poder facilitar [...] o isolamento também (G3 T1) (informação verbal)⁷.

Isso acabou que diminuiu bastante a questão da procura, né? Pelo medo de ir à unidade pegar a covid, dessa questão do contato (G4 T2) (informação verbal)⁸.

Pelo exposto, o medo de contrair a doença da Covid-19 foi o principal motivo para inviabilizar o acesso espontâneo da comunidade aos serviços de saúde. Porém, também foi relatado que houve restrição dos atendimentos nas USF, com priorização de grupos específicos, como as gestantes, de maneira escalonada, e os casos sintomáticos de Covid-19. Dessa forma, atendimentos voltados aos hipertensos e diabéticos, a vacinação, a prevenção de câncer de colo de útero e o planejamento familiar foram reduzidos drasticamente, considerando as recomendações sanitárias nacionais e oficiais, a fim de evitar aglomeração e proliferação do vírus.

⁶ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante, realizada presencialmente, no município de Retirolândia-BA, no dia 9 de agosto de 2022.

⁷ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

⁸ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante, realizada presencialmente, no município de Retirolândia-BA, no dia 9 de agosto de 2022.

Então realmente reduziu muito a quantidade de pessoas que a gente atendia. [...] só ia a unidade de saúde quem tivesse sintomático respiratório (G3) (informação verbal)⁹.

Porque tudo estava na verdade centralizado nas atenções todas para o Covid e muitas vezes outras patologias [...] que precisavam de atendimento naquele [...] determinado momento não foi possível né? Ou foi praticamente evitado (G1) (informação verbal)¹⁰.

De acordo com os entrevistados, houve uma diminuição significativa em alguns serviços ofertados na APS. Os mais impactados foram as consultas, visitas domiciliares, o atendimento aos usuários cadastrados no Hiperdia, puericultura, preventivo, controle de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) entre adolescentes etc.

[...] acho que todos, [...] porque assim é o hiperdia, o pré-natal, atenção ao idosos, atenção a criança tudo foi prejudicado em função do medo de contaminação, da discriminação do momento da pandemia entendeu? (G1) (informação verbal)¹¹.

Eu acho que o atendimento à criança, [...] atendimento puericultura e tudo o preventivo, também a gente diminuiu (G3 T1) (informação verbal)¹².

[...] Pelo medo de ir à unidade pegar a covid dessa questão do contato. Eh e também porque acabou restringindo mesmo, deixando só grupos prioritários. [...] Grupos que não fossem tão necessários e tivesse bem ou não, acabavam ficando em casa e aí o impacto foi que muita gente ficou sem acesso. [...] E eu acho que muitos casos hoje de complicação ou por hipertensão, por diabetes e essas outras doenças que eram controladas antes da pandemia (G4 T2) (informação verbal)¹³.

Alguns entrevistados relataram a percepção de que a interrupção nos atendimentos ou a falta de acesso aos serviços, provocados pela pandemia, pode ter levado à piora dos agravos já prevalentes na população assistida pelas USF. Isso ocorreu, principalmente, com as doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e asma, além do aumento dos casos de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis entre adolescentes, impossibilitando o atendimento universal e a integralidade do cuidado.

De fato, a interrupção ou redução dos serviços ofertados na APS, como procedimentos de pré-natal, tratamento de diabetes e consultas médicas, foram observadas em estudos realizados em algumas regiões do Brasil (CHISINI *et al.*, 2021; CLARA, 2021). No caso do atendimento dos usuários cadastrados no programa Hiperdia, no auge da pandemia, o acesso dos hipertensos e diabéticos às unidades foi reduzido, por se tratar, inicialmente, de um grupo de risco para a Covid-19.

⁹ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

¹⁰ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

¹¹ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

¹² Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

¹³ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

Em relação aos medicamentos de uso contínuo, a distribuição foi descentralizada para unidades de saúde mais próximas ao usuário e a validade das receitas foi aumentada de três para seis meses. Com isso, objetivou-se evitar o trânsito desnecessário deste grupo de risco nas unidades de saúde e facilitar o acesso (SENADO FEDERAL, 2020). Da mesma forma, o estudo de Almeida e Guimarães Neto (2021), realizado na cidade de Salvador – BA, mostrou que a necessidade do distanciamento social, no início da pandemia, contribuiu para que as equipes das unidades adotassem estratégias, tais como a ampliação da validade das receitas dos medicamentos de uso contínuo.

Por outro lado, a manutenção da prescrição de medicamento do Hiperdia por mais tempo, dificultou as avaliações periódicas das condições destes usuários e recomendações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Ainda, outro aspecto destacado pelos entrevistados foi o aumento das dificuldades da APS no processo de articulação do cuidado na rede, com aumento da espera para marcação de consultas e procedimentos de média e alta complexidade, tendo em vista os limites da capacidade de atendimento do município, que depende de municípios circunvizinhos para a garantia da integralidade do cuidado e a resolubilidade das ações e serviços para a assistência à saúde.

[...] eu não acho que tenha tido um grande impacto na questão da resolutividade do que era antes ou [...] depois da pandemia. [...] eu acho que se manteve a questão da resolutividade quando a gente faz a correlação com o eh com as especialidades. [...] Por exemplo, a média e alta complexidade, eu acho que isso ainda se mantém num grau de dificuldade, no mesmo grau de dificuldade do que era antes da pandemia (G2) (informação verbal)¹⁴.

Foi bem mais lento, né? Porque se você precisava de uma consulta em Salvador, em Feira, principalmente [...] a consulta acontecia. Mas, até finalizar o que pra resolver aquele problema ali se precisasse de algo terceirizado. Aí já ficava mais lento porque estava tendo também essa restrição fora, né? O Coité em Feira de Salvador. De média complexidade principalmente. Então foi bem menos, menor, [...] o número de pessoas atendidas (G4 T2) (informação verbal)¹⁵.

De acordo com Solla e Chioro (2008), a média e alta complexidade é caracterizada pelo aumento da densidade tecnológica, em que a atenção passa a ser especializada, cabendo o deslocamento dos usuários até os espaços onde será realizada a produção do cuidado em saúde, de forma hierarquizada e regionalizada. O município estudado, no processo de regionalização, é referência para seus cidadãos no que se trata dos serviços especializados oferecidos no município de Serrinha, Conceição do Coité e Feira de Santana.

¹⁴ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

¹⁵ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

Entretanto, ao que parece, no contexto da pandemia da Covid-19, o município adotou padrões técnico-assistenciais para a rede básica, típico do modelo médico-sanitarista. Assim, protelou as ações de promoção da saúde, fato que, para Solla e Chioro (2008), representa o empobrecimento da clínica e reafirma a abordagem meramente voltada para a doença, sendo o foco de atenção na queixa/conduita.

7.3 ESTRATÉGIAS E TECNOLOGIAS UTILIZADAS PELA GESTÃO MUNICIPAL PARA MANTER/AMPLIAR O ACESSO À APS

Diante da necessidade inicial de isolamento social, no auge da pandemia, novas práticas, como a potencialidade do uso de ferramentas de tecnologias digitais no território para divulgação das ações, disseminação de informações pelas redes sociais e o teleatendimento, passaram a ser utilizadas pelas equipes de saúde de todo o Brasil (XIMENES NETO *et al.*, 2020). No município estudado, foram usadas algumas estratégias e tecnologias para manter e/ou ampliar o acesso regular dos usuários à APS, diante do contexto da pandemia da Covid-19, entre elas, o uso do Whatsapp, chamadas de vídeo para teleconsultas com a equipe de saúde, uso das redes sociais para divulgação das informações em saúde e, ainda, pré-agendamentos de atendimentos via agentes comunitários com organização de horários intercalados entre os usuários, de acordo com os grupos específicos. Esta situação pode ser visualizada nas falas abaixo:

[...] o médico entrava em contato por WhatsApp e vídeo e aí de acordo como ele estava o médico prescrevia e mandava entregar o medicamento ao paciente ou a família ou responsável cuidador (G2) (informação verbal)¹⁶.

Quanto aos outros profissionais da ESF, eles fizeram muita consulta on-line pelo WhatsApp (G3) (informação verbal)¹⁷.

Em relação à equipe, manter o elo como agente comunitário e dependendo da situação a gente faz a visita e a consulta online. Sim. Entendeu? Utilizando hoje a real até as redes sociais que ajuda bastante (G2) (informação verbal)¹⁸.

O Decreto Municipal nº 34, de 17 de junho de 2020, suspendeu o atendimento ao público nas secretarias e setores do município, com exceção da Secretaria Municipal de Saúde. Também, priorizou o uso do telefone ou Whatsapp para atendimentos e teleconsultas, além do uso das redes sociais para ações de promoção da saúde, apesar da limitação de acesso para as comunidades socialmente mais vulneráveis (RETIROLÂNDIA, 2020).

¹⁶ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

¹⁷ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

¹⁸ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

De fato, o notável avanço das tecnologias de informação e comunicação e sua aplicação na saúde podem propiciar a transmissão segura de dados. Isto facilita a interação de profissionais e usuários dos serviços, abre uma porta para democratização do acesso ao conhecimento médico e estreita a colaboração entre os diversos níveis de atenção à saúde.

Nesse contexto, destaca-se a Telessaúde (TS), que são atividades que utilizam as tecnologias de informação e comunicação na atenção à saúde (NORRIS, 2002). Estas envolvem, portanto, os profissionais de saúde em geral, incluindo enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, técnicos e médicos, e têm desempenhado um importante papel no acesso da população aos serviços e informações da área (CHAUHAN *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Assim, nossos achados corroboram com os resultados do estudo de Santos e Silva (2021), que destacaram a experiência de um município de Minas Gerais, onde a transmissão ao vivo, em rede social, possibilitou a continuidade das ações de educação em saúde da eqESF, com ações planejadas e com o estabelecimento de parceria intra e intersetorial. Da mesma forma, Freitas *et al.* (2021) mostraram a experiência do Nasf, com o uso da rede social Instagram na construção de *cards* informativos, como estratégia de educação em saúde, em um município da Bahia, abordando pontos importantes, como os mitos e verdades sobre a Covid-19, autocuidado e *home office*.

No município estudado, as tecnologias mais empregadas para manter/ampliar o acesso da população aos serviços da APS foram o uso do aplicativo de mensagens e chamadas de vídeo/áudio, Whatsapp, para teleconsultas e orientações em saúde. Ainda, utilizou-se o Instagram para divulgação de informações e para o trabalho dos agentes comunitários enquanto interlocutores entre a comunidade e as equipes.

Embora seja um município de pequeno porte, o conjunto de ações adotadas pela gestão local demonstra a capacidade técnica e política para a reorganização dos serviços de saúde em caráter emergencial. Como exemplo disso, tem-se: o uso de tecnologias e ferramentas digitais disponíveis para a continuidade do cuidado, com reorganização dos atendimentos em três turnos; a divulgação de informações via redes sociais; a adoção de estratégia de distanciamento entre os usuários, dentro e fora da unidade; os pré-agendamentos com hora marcada; além dos atendimentos online e do uso do WhatsApp, mantendo o ACS como elo entre a equipe e a comunidade.

7.4 DIFICULDADES E DESAFIOS PARA MANTER O ACESSO DOS USUÁRIOS À APS

Apesar do direito universal à saúde constitucionalmente garantido, no cotidiano das práticas e da realidade da população brasileira existem inúmeras dificuldades de acesso aos serviços de saúde, por motivos historicamente instituídos. Estes são: o subfinanciamento histórico do SUS; os retrocessos no modelo assistencial da APS, que põem em risco a multiprofissionalidade das equipes; e o enfoque territorial comunitário, enquanto parte de uma lógica neoliberal de redirecionamento da política de saúde (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MARQUES; PIOLA; ROA, 2016; PAIM, 2008, 2011).

No entanto, a pandemia da Covid-19 evidenciou o caráter biológico e hospitalocêntrico do cuidado à saúde, pois impôs desafios para o acesso dos usuários pela APS, exigindo a adoção de novas práticas de cuidado pelas eqESF. No município de Retirolândia, surgiram algumas dificuldades para manter o acesso dos usuários aos serviços da APS, visto que, no primeiro momento, os entrevistados relataram o medo das pessoas de frequentar a unidade, devido à possibilidade de contaminação; em seguida, houve problemas com a adaptação dos usuários às novas tecnologias, empregadas para promover o acesso, como as teleconsultas:

[...] eles tinham resistência né a tudo tanto para a consulta on-line que era uma coisa nova. Como é que eu vou falar ali, né? No telefone e tal e a dificuldade era manter esse atendimento [...] consulta ou por telefone ou por WhatsApp ou online vídeo acabou tendo com o tempo as pessoas se adaptando (G4 T2) (informação verbal)¹⁹.

[...] a questão do acesso a gente sentiu a [...] dificuldade quando se tratava do infectado a gente tinha uma certa dificuldade às vezes em relação ao agendamento porque o fluxo foi muito, né? (G2) (informação verbal)²⁰.

[...] a dificuldade era justamente por isso, por essa situação das pessoas não procurar, né? [...] não se sentem seguras para procurar os serviços de saúde, né (G1) (informação verbal)²¹.

A dificuldade de adaptação ao uso de novas tecnologias e a ausência dos usuários nos serviços da APS evidenciam, também, que ocorreu pouca interação da equipe de saúde com a população adstrita. Além disso, demonstram as dificuldades impostas inicialmente pela pandemia; entre elas, o isolamento social que impossibilitava a realização de busca ativa das pessoas.

Por esse viés, também foi relatada por Freitas *et al.* (2021) a baixa adesão às redes sociais por uma parcela da população. Os autores ressaltam que este fato ocorreu com maior visibilidade com a população idosa, porém houve participação dos ACS para potencializar o acesso à comunidade nas ações de educação em saúde a distância. Por outro lado, Biscarde *et*

¹⁹ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

²⁰ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

²¹ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

al. (2022) demonstraram que a ausência deste trabalhador de saúde em diversos territórios descobertos leva à falta de informações, quebrando o elo entre a unidade de saúde e a comunidade externa, o que dificulta, inclusive, o enfrentamento à pandemia nos territórios.

Ainda, houve problemas referentes à deficiência no acesso às máscaras de proteção, que foi um elemento em falta nas unidades de saúde, resultando em mais obstáculos. Também, contaram com a carência de medicamentos e de encaminhamentos para procedimentos no nível secundário de atendimento:

[...] Em relação à marcação e a de repente marcava. Não tinha como fazer, aí adia pro dia seguinte, a gente teve essa dificuldade em relação ao fluxo (G2) (informação verbal)²².

[...] alguns não levavam máscara, a prefeitura tinha que disponibilizar a máscara sempre para estar fornecendo para eles tanto que o custo era estava altíssimo de máscara na época, a prefeitura fez uma umas máscaras de tecido, foi TNT não me lembro agora para a gente distribuir porque já se esqueciam ou então é compartilhavam máscara (G3) (informação verbal)²³.

Naquele momento, já se sabia que o uso de máscaras faciais interrompe efetivamente a dispersão das partículas expelidas. Mesmo aquelas com desempenho inferior às máscaras cirúrgicas e N95 são capazes de reter partículas e vírus transportados pelo ar, de indivíduos assintomáticos ou com sintomas leves que não recebem diagnóstico e continuam a interagir com outras pessoas (BRASIL, 2020a; GARCIA, 2020; RISI *et al.*, 2020; SOUSA, *et al.*, 2021).

Dessa forma, o MS adotou a conduta do uso de máscaras pelos profissionais da saúde e população em geral para prevenção da Covid-19. Tal ação foi acompanhada pelos gestores municipais por meio de decretos, de forma a manter a etiqueta respiratória e conter a proliferação do vírus. No município estudado, houve a distribuição de máscaras por parte da Secretaria de Saúde, entretanto, em alguns momentos, em quantidade insuficiente, devido à escassez e alto custo no momento de alta demanda (BRASIL, 2020a).

7.5 AS ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DA APS PARA ATUAREM NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

De acordo com Maciel *et al.* (2020), a pandemia demandou a reorganização do processo de trabalho e dos fluxos assistenciais. Para tanto, a capacitação dos ACS foi mantida para fortalecer o elo entre as equipes e a comunidade frente às mudanças constantes para a

²² Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

²³ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

contenção do avanço do vírus. Com isso, é necessário garantir condições dignas de trabalho, capacitação e educação permanente, evidenciando-se, inclusive, a preocupação quanto a uma possível descontinuidade de outros cuidados necessários para garantir a atenção à saúde da população no território.

O Município de Retirolândia realizou algumas capacitações direcionadas aos trabalhadores da rede, para atuarem nos serviços no contexto da pandemia. Além disso, o governo do estado também desenvolveu alguns treinamentos online, buscando dar suporte aos municípios:

O município ofertou treinamento capacitação para esses profissionais (ACS) para que eles pudessem se proteger e para que também pudesse oferecer um tratamento seguro tanto para eles e para a população, então periodicamente, na medida do possível, a gente fazia reuniões, capacitação através da nossa coordenação do nosso apoiador técnico, enfim através de informação que chegavam através das redes sociais da internet de videoconferências [...] iniciativas do município, mas também do governo do estado, uma ação conjunta na verdade (G1) (informação verbal)²⁴.

[...] Existiram as capacitações, a gente teve da coordenação da atenção primária de saúde e da vigilância epidemiológica, elas aconteciam on line por chamada de vídeo pela coordenação e material também a gente recebia material (G2) (informação verbal)²⁵.

[...] on line só pelo estado e regional a gente aqui tentava continuar fazendo o que acontecia de novo a gente se reunia mesmo não tinha esse preparo para fazer online, né? Aí a gente reunia no auditório com um número menor de pessoas todo mundo de máscara e fazíamos [...] os agentes comunitários agente tinha hábitos de se reunir [...] a gente acabou na rotina mandando muita coisa em grupo de whatsapp e acho que prejudicou bastante né na época [...] (G4 T2) (informação verbal)²⁶.

Apesar do apoio do governo da Bahia, podemos observar que o município em questão buscou formas de capacitar suas equipes, especialmente o ACS, utilizando das ferramentas tecnológicas disponíveis para o momento (grupos de WhatsApp e videoconferência). Ademais, executaram reuniões em auditórios mais amplos para manter o distanciamento necessário, nos momentos em que todas as ações e etapas de distanciamento social foram articuladas e operacionalizadas.

Naquele contexto, as capacitações eram direcionadas para a atenção e cuidado da Covid-19, e tinham como tema a questão da orientação sobre o distanciamento social e sobre a organização do fluxo de atendimento na rede dos usuários acometidos pela doença, inclusive as testagens, o que contribuiu para preterirem as ações tradicionais oferecidas pela APS, por conta da urgência da pandemia. Desse modo, estratégias para manter a oferta desses

²⁴ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

²⁵ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

²⁶ Fala retirada de entrevista concedida pelo/a participante.

serviços inicialmente não faziam parte das capacitações. Nessa perspectiva, o estudo de Biscarde *et al.* (2022) apontou a educação permanente da equipe de saúde como um dos principais desafios enfrentados pela APS, principalmente durante a pandemia da Covid-19, quando as informações sobre a doença chegaram tardiamente para os trabalhadores.

Portanto, podemos identificar que, no município estudado, ocorreram algumas capacitações direcionadas para as equipes supracitadas, porém com temáticas pensadas, principalmente, para as questões do manejo da pandemia, como: a adoção de barreiras sanitárias; o isolamento social; a promoção do uso de máscara; e as informações acerca do avanço/recuo da doença para a emissão dos boletins epidemiológicos diários. Dessa forma, aspectos sobre a manutenção dos atendimentos e sobre o fluxo de acesso aos serviços da APS durante a pandemia ficaram em segundo plano, tornando as situações ainda mais difíceis.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fluxo de atendimento dos usuários na APS, no município estudado, antes da pandemia da Covid-19, dava-se majoritariamente por demanda espontânea, com poucas ações direcionadas de maneira organizada e gerenciada, prejudicando a integralidade da atenção. Esta é uma realidade de diversos municípios brasileiros, reflexo de uma APS enfraquecida e submetida ao sistema mercadológico de um modelo médico-centrado.

Os reflexos desta lógica podem ser visualizados nos indicadores do Programa Previner Brasil do município, no ano de 2019, antes do contexto pandêmico, com ações estratégicas direcionadas à saúde da mulher, Hipertensão e vacinação aquém das metas estabelecidas. Com isso, sinalizou-se uma APS voltada, principalmente, para demandas espontâneas, com foco nas ações imediatistas, com vistas a “apagar incêndios”, sem o devido planejamento de atuações prioritárias para a comunidade.

Durante a pandemia da Covid-19, o acesso às ações e serviços de saúde da APS ficou comprometido, inicialmente, por conta do isolamento social imposto e por medo de contaminação por parte dos usuários, os quais deixaram de frequentar as unidades espontaneamente. Porém, houve restrição dos atendimentos na APS, com priorização de grupos específicos, redução de atendimentos a hipertensos e diabéticos, e dificuldades na rede de referência e contrarreferência.

Assim, alguns fatores se tornaram um desafio para manter e/ou ampliar o acesso da população à APS. Alguns destes são: a necessidade de melhor capacitação dos profissionais diante da Covid-19; a organização do fluxo de atendimento; a falta de insumos, como medicamentos para atender às necessidades dos usuários; a necessidade de distanciamento social nas unidades de saúde; e a dificuldade de adaptação com os atendimentos online.

Entretanto, foram relatadas estratégias e tecnologias utilizadas para manter o acesso regular dos usuários à APS, como o redimensionamento de horários de atendimentos, uso de tele-saúde, redes sociais e a capacidade de articulação dos ACS com a comunidade. Esta última caracteriza-se como uma tecnologia leve e extremamente eficiente na comunicação com os usuários.

Conforme defende Paim (1999), os modelos de atenção à saúde podem adotar combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento dos problemas de saúde. Diante disso, o ACS foi reconhecido pelos gestores locais como a principal estratégia para restabelecer a comunicação com a comunidade e favorecer o acesso às ações e serviços no período do contexto de emergência.

Nessa perspectiva, os achados deste estudo podem contribuir para uma reflexão sobre o processo de organização da APS e o seu papel fundamental enquanto reorganizadora da rede de atenção à saúde. Dessa forma, concordamos com Starfield (2002) de que uma APS forte está associada a uma melhor saúde da população, menores taxas de internações desnecessárias e desigualdade socioeconômica relativamente menor.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, tais como o quantitativo reduzido de entrevistados e a sobreposição de funções de alguns participantes, pois alguns eram, ao mesmo tempo, gestores e trabalhadores da rede. Tais entraves estão relacionados ao tamanho do município e de sua rede de saúde, bem como ao quantitativo de gestores e trabalhadores disponíveis para a entrevista e à rotatividade dos servidores que atuaram na APS durante a pandemia da Covid-19. Portanto, compreendemos que novas investigações, de maior abrangência, serão necessárias para ampliar o entendimento sobre o acesso a ações e serviços de saúde da APS, antes e durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

A ESTRADA. Composição de Bino Farias, Lazao, Paulo Gama e Toni Garrido. Rio de Janeiro: Sony Music, 2014. 1 música (4 min).

ALMEIDA, M. H. M. *et al.* Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **CODAS**, [s. l.], v. 29, n. 5, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/dsvGpWZhFhvDFmrFMCqwRGM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2022.

ALMEIDA, T. A.; GUIMARÃES NETO, M. C. O HiperDia no contexto da pandemia da COVID-19. **Journal of Multiprofessional Health Research**, [s. l.], v. 2, n. 1, 2021. Disponível em: <https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/download/10/17/142>. Acesso em: 27 fev. 2023.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_228616371.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

ASSIS, M. M. A.; ABREU, W. L. A. J. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Acesso em: 6 fev. 2023.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Bahia registra 5.210 casos de Covid-19 e mais 2 óbitos. **Sesab**, Salvador, 8 jul. 2022. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2022/07/08/bahia-registra-5-210-casos-de-covid-19-e-mais-2-obitos/>. Acesso em: 16 fev. 2023.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Decreto nº 19.529, de 16 de março de 2020. Regulamenta, no Estado da Bahia, as medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, 17 mar. 2020. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/decreto-no-19529-de-16-de-marco-de-2020>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BISCARDE, D. G. dos S *et al.* Atenção primária à saúde e Covid-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37824>. Acesso em: 28 fev. 2023.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 401–412, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Fbcs8xqtzP33kdBFPrXt4XK/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 19 abr. 2023.

BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 2, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1011726>. Acesso em: 12 jan. 2023.

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 28 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 1, n. 28, 2013.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.

Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2006. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.

Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19**.

2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Fast-Track para a Atenção Primária em Locais com Transmissão Comunitária**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, maio 2020b. Disponível em:

[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Publica%C3%A7%C3%B5es%20em%20PDF/Fast-Track%20para%20a%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20em%20locais%20com%20transmiss%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria%20\[Guia%20de%20bolso\].pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Publica%C3%A7%C3%B5es%20em%20PDF/Fast-Track%20para%20a%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20em%20locais%20com%20transmiss%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria%20[Guia%20de%20bolso].pdf). Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Fluxo de Manejo Clínico na Atenção Primária à Saúde em Transmissão Comunitária**. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, maio de 2020c. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/atencao-primaria-orientacoes-do-ministerio-da-saude-sobre-covid-19/>. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O que é Atenção Primária?. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, [2023?]. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, maio 2020d. Versão 9. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/atencao-primaria-orientacoes-do-ministerio-da-saude-sobre-covid-19/>. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 5 out. 2022.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 19-A-E, 27 jan. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 19 abr. 2023.

BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (orgs.). **Sistemas de saúde: continuidade e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

CAMAB. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – CAMAB. **Camab**, Salvador, 2022. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>. Acesso em: 19 abr. 2023.

CASTRO, F. A. G. *et al.* Telemedicina rural e COVID-19: ampliando o acesso onde a distância já era regra. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 42, jan./dez 2020. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2484/1551>. Acesso em: 20 fev. 2023.

CHAUHAN, A. *et al.* The safety of health care for ethnic minority patients: a systematic review. **Int J Equity Health**, [s. l.], v. 19, n. 1, 8 July 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32641040/>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CHISINI, L. A. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XFbBvgSPLDWS98vpcS3TRQ/?lang=en#>. Acesso em: 18 mar. 2023.

CLARA, D. S. da. **Atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente em Franco da Rocha**: respostas da Atenção Primária e o impacto do coronavírus. **Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva II**, [s. l.], v. 22, n. 2, dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/38640>. Acesso em: 18 mar. 2023.

CNES. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Dados da Mantenedora**. CNES: Retiroândia, 2023. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/listar_mantidas.asp?vcnpj=13844220000143. Acesso em: 19 nov. 2022.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**. Boston, NE: Harvard University Press, 1973.

FARIAS, L. A. B. D. *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [s. l.], v. 15, n. 42, 2020. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2455>. Acesso em: 18 mar. 2023.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela. How community health workers are facing COVID-19 pandemic in Brazil: personal feelings, access to resources and working process. **Archive of Family Medicine and General Practice**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 115-122, 2020. Disponível em

https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/how_community.pdf>.
Acesso em: 21 mar. 2023.

FREITAS, V. P. *et al.* Produção de redes sociais digitais como estratégia de educação em saúde no contexto da pandemia da COVID-19. **Revista de APS**, [s. l.], v. 24, n. 3, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33965/24113>. Acesso em: 27 fev. 2023.

GALVÃO, J. R. *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres na região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4xWSLQqQhbFxfVHQ6MB4JtR/?lang=pt#>. Acesso em: 12 fev. 2023.

GARCIA, L. P. Uso de máscara facial para limitar a transmissão da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/CnRrjrVGFZZmYsy9YcKfvry/#:~:text=Embora%20existam%20evid%C3%AAsncias%20experimentais%20de,redu%C3%A7%C3%A3o%20ocorra%20em%20ambientes%20comunit%C3%A1rios..> Acesso em: 5 fev. 2023.

GIOVANELLA, L. *et al.* ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 19, enero 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 mar. 2023.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, 2020, p. 1475-1482. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 24 abr. 2022.

IBGE. Apresentação dos resultados do PNAD Contínua 2018. **IBGE**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=resultados>. Acesso em: 9 jul. 2022.

IBGE. Cidades e Estados: Retirolândia. **IBGE**, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/retirolandia.html>. Acesso em: 5 maio 2022.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. **Access to Health Care in America**. Washington, DC: National Academies Press, 1993. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235891/#ddd00033>. Acesso em: 10 jul. 2022.

KRINGOS, D. S. *et al.* Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. **Health Aff**, Millwood, v. 32, n. 4, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23569048/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], n. 25, out 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>. Acesso em: 16 jan. 2023.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. **National Library of Medicine**, [s. l.], v. 372, n. 23, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>. Acesso em: 9 jul. 2022.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, 2016.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conass, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2022.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conass, 2017. Disponível em: https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/guiatutoria_etapa4_aps_anexo4.pdf. Acesso em: 9 jul. 2022.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MICLOS, P.; CALVO, C. M.; COLUSSI, C. F. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 51, n. 86, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6wZdrgchrHPpGJ4DjTP8pPn/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 fev. 2023.

MINAYO, M. C. de S (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [s. l.], v. 5, n. 7, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 19 abr. 2023.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

NÓBREGA, W. F. S. *et al.* Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária antes e durante o contexto da pandemia de COVID-19. **Arch Health Invest**, [s. l.], v. 10, n. 7, 2021, p.1164-1166. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/5467/7197>. Acesso em: 5 out. 2022.

NORRIS, A. C. **Essentials of Telemedicine and Telecare**. Baffins Lane: John Wiley & Sons, 2002.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**. [S. l.]: OMS, 1978. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

OPAS. Histórico da pandemia de COVID-19. **OMS**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>. Acesso em: 25 abr. 2022.

OPAS. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. **Opas**, [s. l.], 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic#:~:text=11%20de%20mar%C3%A7o%20de%202020,agora%20caracterizada%20como%20uma%20pandemia>. Acesso em: 16 out. 2022.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. MEDSI: Rio de Janeiro, 1999. p. 473-487.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [s. l.], p. 11-31, maio 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 5 nov. 2022.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **National Library of Medicine**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 127-40, feb. 1981. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

RETIROLÂNDIA. Decreto nº 34, de 17 de junho de 2020. Dispõe sobre o combate, prevenção e controle do COVID-19 no Município de Retirolândia-Ba e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Retirolândia, ano 10, n. 01735, 17 jun. 2020. Disponível em: <https://retirolandia.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/DECRETO-N34-DE-17-DE-JUNHO-DE-2020.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.

RETIROLÂNDIA. Saúde. **Prefeitura de Retirolândia**, Retirolândia, 2023. Disponível em: <https://retirolandia.ba.gov.br/category/saude/>. Acesso em: 19 nov. 2022.

RIOS, D. R. S.; FIDALGO, C. L. Teleatendimento em tempos da Covid-19: uma estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários atendidos na Atenção Primária à Saúde, no município de Salvador-BA. **Rev. de APS**. [s. l.], v. 24, n. 3, p.555-570, jul./set. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/32613/24109>. Acesso em: 13 fev. 2023.

RISI, L. R. *et al.* Desenvolvimento de máscaras de tecido e celulose para resposta emergencial à pandemia provocada pelo SARS-CoV-2. **Revista Enfermagem UERJ**, [s. l.], v. 28, ago. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51476>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Recomendações Atenção Domiciliar e COVID-19. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2611/1562>. Acesso em: 15 fev. 2023.

SENADO FEDERAL. Receita médica sem prazo durante a pandemia vai a sanção. **Senado Federal**, Brasília, DF, 7 jul. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/07/07/receita-medica-sem-prazo-durante-a-pandemia-vai-a-sancao>. Acesso em: 12 dez. 2022.

SILVA FILHO, J. I. M. *et al.* Análise da qualidade da atenção primária sob o olhar dos profissionais de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 59115-59129, ago. 2020. Disponível em: www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15149/12499. Acesso em: 21 fev. 2023.

SILVA FILHO, P. S. *et al.* A Importância da Atenção Primária à Saúde em Pacientes Acometidos Pela Covid-19. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 10, 2020. Disponível em: <https://www.rsjournal.org/index.php/rsd/article/view/8260>. Acesso em: 15 fev. 2023.

SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em: <https://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 627-663. Disponível em:

http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_AMBULATORIAL_ESPECIALIZADA_Solla_e_Chioro.pdf. Acesso em: 27 mar. 2023.

SOUSA, I. T. C. de *et al.* Máscaras caseiras na pandemia de COVID-19: recomendações, características físicas, desinfecção e eficácia de uso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [s. l.], v. 30, n. 4, 2021.

SOUZA, W. M. de *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil. **Nat Hum Behav**, [s. l.], v. 4, n. 8, p. 856-865, aug. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32737472/>. Acesso em: 25 mar. 2023.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; Unesco; DFID, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.

STARFIELD, B. Is Primary Care essential? **The Lancet**, [s. l.], n. 344, p. 1129-1133, 1994.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. The Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 83, n. 3, p. 457-502, 2002. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>. Acesso em: 7 jul. 2022.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/P9w3DZSdrQGHDbjDxGnQ8HM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2023.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, p. 190-198, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 9 jul. 2022.

WHO. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. **WHO**, Copenhagen, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108335>. Acesso em: 27 abr. 2022.

WHO. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO, 1986. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

WHO. **The World Health Report**: Health Systems – Improving Performance. Genebra: World Health Organization, 2000.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos de Covid-19 na Atenção Primária à Saúde. **Enferm. Foco**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 239-245, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3682>. Acesso em: 20 mar. 2023.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES E
TRABALHADORES DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27.4.1976
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19.12.86
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA (NUPISC)**

**Título: Acesso a ações e serviços de saúde da atenção primária durante a pandemia de
Covid-19: a experiência de um município do interior da Bahia**

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE

Entrevistado nº: _____ / Sexo: _____ / Idade: _____ / Profissão: _____ /
Tempo de gestão: _____

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

7. Fale das estratégias para inserção e capacitação dos trabalhadores da APS para atuarem com as restrições necessárias diante do contexto da Pandemia por Covid-19.

APÊNDICE B – TCLE DOS GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA****AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27.4.1976****Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19.12.86****NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA (NUPISC)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE**

Título: Acesso a ações e serviços de saúde da atenção primária durante a pandemia de Covid-19: a experiência de um município do interior da Bahia

Eu, Silvani Silva de Almeida, aluna do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e a Profª Dra. Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, pesquisadora responsável vinculada ao NUPISC/UEFS, convidamos você para participar da pesquisa Acesso a ações e serviços de saúde da atenção primária durante a pandemia de covid-19: a experiência de um município do interior da Bahia. Esta pesquisa tem como objetivo Analisar o acesso a ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia de Covid-19 no município de Retirolândia-Ba. Para tanto, irá descrever o fluxo de acesso dos usuários a APS antes e depois da pandemia de Covid-19 no município estudado; identificar quais serviços ou programas da APS tiveram seu acesso impactados positiva ou negativamente pela pandemia de Covid-19; e, descrever as estratégias e tecnologias adotadas pelo município para manter/ampliar o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela APS durante a pandemia de Covid-19. Assim, esta pesquisa poderá, através dos seus resultados, apresentar dados à comunidade e aos gestores e trabalhadores de saúde que poderão subsidiar a elaboração de estratégias que possibilitem promover o acesso resolutivo dos usuários do SUS aos serviços da APS na pandemia de Covid-19. Para coletar os dados faremos uma entrevista com você, caso autorize. A entrevista será uma conversa a dois (apenas você e o pesquisador), que será gravada se assim você permitir, sendo que a sua gravação poderá ser ouvida e você terá plena liberdade, se achar necessário, para retirar parte

da conversa ou solicitar para sair da pesquisa. A conversa será realizada em lugar reservado, livre da escuta e observação de demais pessoas. Você, inclusive, deve escolher o dia e o horário que achar melhor para a entrevista; ela não pretende atrapalhar as suas atividades. Garantimos a você que não haverá qualquer custo financeiro da sua parte, e diante de algum dano que possa ser causado pela pesquisa garantimos o ressarcimento e indenização do mesmo. Assim como será assegurado que o seu nome não será citado em momento algum e que suas respostas serão utilizadas somente para fins científicos. Você poderá correr o risco de se sentir desconfortável, inseguro e/ou amedrontado, por falar de um serviço que trabalha ou gerencia, além do risco de retaliação em virtude da recepção positiva ou negativa das informações prestadas. Caso isso aconteça, poderá suspender a entrevista e mesmo que já a tenha terminado, retirar suas respostas sem nenhum prejuízo. Esclarecemos também que não haverá nenhum ganho em dinheiro como participante do estudo. Caso haja necessidade de maiores informações, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado no Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva, na UEFS (6º módulo), sala 02, Av. Transnordestina S/N – Bairro Novo Horizonte – CEP 44036- 900, Feira de Santana - BA, ou pelo telefone (75)3161-8162 ou ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS pelo telefone (75)3161-8087). O material coletado será guardado no NUPISC, tendo acesso a ele apenas os pesquisadores deste estudo, e após cinco anos será destruído. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e serão publicados na forma de artigo em revistas indexadas. Os resultados desta pesquisa serão divulgados aos participantes através de um encontro com os pesquisadores a ser agendado em momento oportuno. Para confirmar sua participação nesta pesquisa, pedimos que você assine este documento em duas cópias, uma ficará com você e outra com os pesquisadores.

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira - Pesquisadora Responsável

Entrevistado(a)