



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27.4.1976**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA (MPSC)**

CLEUTON MACHADO CAVALCANTE

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DA  
COVID-19: a experiência de dois municípios baianos

FEIRA DE SANTANA – BA

2023

CLEUTON MACHADO CAVALCANTE

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DA  
COVID-19: a experiência de dois municípios baianos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção do título de mestre, do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, através da Linha de Pesquisa “Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde”.

Orientadora:

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

FEIRA DE SANTANA – BA

2023

### Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

C364 Cavalcante, Cleuton Machado

Reorganização da atenção primária durante a pandemia da COVID-19: a experiência de dois municípios baianos / Cleuton Machado Cavalcante . –, 2023.

104 f.: il.

Orientadora: Kleize Araújo de Oliveira Souza

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

1. Atenção Primária à Saúde - Reorganização - Pandemia por COVID-19. 2. Atenção Primária à Saúde - Souto Soares (BA)- Iraquara (BA). 3. Souza, Kleize Araújo de Oliveira, orient . II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614:616-089 (814.22)

Tatiane Souza Santos - Bibliotecária CRB5/1634

CLEUTON MACHADO CAVALCANTE

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DA  
COVID-19: a experiência de dois municípios baianos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção do título de mestre, do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, através da Linha de Pesquisa “Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde”.

Aprovado em: 05 de junho de 2023. **COMISSÃO EXAMINADORA**



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

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/Orientadora)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliana Alves Leite Leal

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/titular)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nília Maria de Brito Lima Prado

Universidade Federal da Bahia (UFBA/titular)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/suplente)

FEIRA DE SANTANA – BA

2023

## DEDICATÓRIA

“Quando decidi embarcar na jornada do mestrado, sabia que seria um desafio exigente, por sabia da necessidade do apoio da minha família e, especialmente, da minha esposa e filhos. A eles dedico este trabalho, como forma de agradecimento por estarem sempre presentes, motivando e encorajando nos momentos de dificuldade.

A minha professora orientadora, Dr<sup>a</sup> Kleize Araújo de Oliveira Souza, cuja sabedoria e dedicação foram fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação.

À minha família, meu mais sincero obrigado pelo apoio inestimável e pela inspiração que me deram para chegar até aqui”.

## AGRADECIMENTOS

Fazer um mestrado é um sonho para muitos estudantes e profissionais que desejam aprimorar seus conhecimentos em uma área específica, desenvolver novas habilidades e aumentar suas oportunidades de carreira. Porém, esse sonho vem acompanhado de desafios que precisam ser enfrentados ao longo do caminho.

Um dos principais desafios de fazer um mestrado é conciliar os estudos com outras responsabilidades, como trabalho, família e vida social. É preciso ter muita disciplina e organização pessoal para conseguir se dedicar aos estudos e cumprir todas as tarefas exigidas pelo curso.

No entanto, mesmo diante desses desafios, esta foi uma conquista significativa por trazer inúmeros benefícios pessoais e profissionais. A oportunidade de aprofundar em um tema dentro da minha área específica, ampliar a rede de contatos e ter acesso a novos conhecimentos é enriquecedora e poderá abrir muitas portas no mercado de trabalho.

Diante disso, é com grande emoção que apresento minha dissertação de mestrado e, ao mesmo tempo, gostaria de aproveitar a oportunidade para agradecer a todos que contribuíram para que esse trabalho fosse possível.

Primeiramente, agradeço a Deus por me guiar em todos os momentos e por me conceder força e sabedoria para concluir essa etapa importante da minha vida.

Aos meus familiares, que sempre me incentivaram a buscar a educação e me apoiaram em todos os momentos, mesmo nos mais difíceis. Agradeço também aos meus irmãos, que sempre estiveram ao meu lado e me proporcionaram momentos de descontração e alegria.

Aos meus amigos do mestrado e da faculdade Irecê pelas contribuições sempre diante de um apoio mútuo. Quem tem amigos de verdade nunca está sozinho. Por isso agradeço a todos pelo apoio e carinho e, agradeço em especial a minha amiga Rafaela por permitir caminharmos juntos na concretização desse projeto.

Aos meus professores, em especial aos que acompanharam minha jornada acadêmica e me ajudaram a desenvolver meu conhecimento e habilidades. Suas orientações e ensinamentos foram fundamentais para o sucesso deste trabalho.

Com todo amor e gratidão agradeço a minha esposa e aos meus filhos que são pilares fundamentais na minha vida, por terem me sustentado de amor, carinho, incentivo e compreensão durante essa jornada desafiadora. Eles são aqueles que compartilham as alegrias e as dificuldades do processo, estando sempre presentes para oferecer conforto e apoio emocional.

E, por fim, gostaria de agradecer especialmente a minha orientadora, que dedicou seu tempo e esforços para me guiar nesta dissertação. Sua orientação, paciência e conhecimento foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho, e sou profundamente grato por tudo o que fez por mim.

A todos muito obrigado! Gratidão eterna.

"Deem graças ao Senhor,  
porque ele é bom;  
o seu amor dura para sempre."  
Salmos 107:1

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o pilar que garante atenção integral e resolutiva à saúde da população, em que sua centralidade amplia a capacidade de articulação com as Redes de Atenção à Saúde. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal política pública implantada para expansão e consolidação da APS, sendo a porta de entrada preferencial e primeiro nível de atenção para promover o cuidado integral à saúde da população. Esta atenção vem sendo alterada pela pandemia da COVID-19, visto que os serviços da APS foram reorganizados para enfrentar esse novo desafio. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a reorganização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19 nos municípios de Souto Soares e Iraquara, na Bahia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. Utilizou-se entrevista semiestruturada e análise de documentos para a coleta de dados. Participaram da pesquisa 15 pessoas, sendo 6 gestores e 9 trabalhadores de saúde de duas unidades de ESF dos municípios de Souto Soares e Iraquara - BA. Os dados foram analisados através do software MAXQDA, que contempla todas as etapas da Análise de Conteúdo, tendo as seguintes categorias: capacidade instalada dos serviços de APS para enfrentamento da pandemia da COVID-19; dificuldades para a reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID-19; ações e serviços de saúde implementados pela APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Apesar das dificuldades encontradas pelos serviços, como: recursos materiais, qualificação profissional, acesso inadequado, descontinuidade da atenção à saúde e do distanciamento social, evidenciou-se, diante do cenário pandêmico, diferentes estratégias de reorganização da APS, como alteração do fluxos operacionais e processo de trabalho; monitoramento dos casos da COVID-19; fortalecimento da intersetorialidade; inovação de espaços específicos para atendimento de casos da COVID-19; criação da comissão da COVID-19; elaboração de protocolo local com orientações direcionadas; além de ações gerais: orientações à população, barreiras sanitárias, testagem; e mais, uso de tecnologias, com destaque para o celular, como forma de melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde; além de ampliarem as capacitações e educação permanente dos trabalhadores de saúde. Assim, promover pesquisas para implementar novas ferramentas e/ou estratégias de integração dos serviços para reorganização da APS é uma necessidade imperativa para o desenvolvimento de uma atenção à saúde mais qualificada, humana e resolutiva, especialmente durante as emergências sanitárias.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, COVID-19, organização.

## ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the pillar that guarantees comprehensive and resolute attention to the health of the population, in which its centrality expands the capacity of articulation with the Health Care Networks. In Brazil, the Family Health Strategy (FHS) is the main public policy implemented for the expansion and consolidation of PHC, being the preferred entrance and first level of care to promote comprehensive Health Care for the population. This attention has been altered by the COVID-19 pandemic, as PHC Services have been reorganized to meet this new challenge. This research aims to analyze the reorganization of health actions and Services of Primary Care during the COVID-19 pandemic in the municipalities of Souto Soares and Iraquara, in Bahia. This is a qualitative and descriptive research. Semi-structured interviews and document analysis were used for data collection. Fifteen people participated in the research, being six managers and nine Health workers of two FHS Units in the municipalities of Souto Soares and Iraquara - BA. The data were analyzed through the MAXQDA software, which includes all stages of Content Analysis, having the following categories: installed capacity of PHC services to cope with the COVID-19 pandemic; difficulties in the reorganization of PHC health actions and services during the COVID-19 pandemic; health actions and services implemented by PHC to cope with the COVID-19 pandemic. Despite the difficulties encountered by the services, such as: material resources, professional qualification, inadequate access, discontinuity of health care and social distancing, it was evidenced, in the face of the pandemic scenario, different strategies for reorganization of PHC, such as alteration of the operational flows and work process; monitoring of COVID-19 cases; empowering intersectoriality; innovation of specific spaces for dealing with COVID-19 cases; creation of the COVID-19 commission; elaboration of a local protocol with targeted orientations; in addition to general actions: guidance to the population, sanitary barriers, testing; and more, the use of technologies, especially the cell phone, as a way to improve users' access to health services; in addition to expanding the training and continuing education of Health workers. Thus, promoting research to implement new tools and/or strategies for the integration of services for the reorganization of PHC is an imperative need for the development of a more qualified, humane and resolute Health Care, especially during health emergencies.

**Keywords:** Primary Health Care, COVID-19, Organization.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária de Saúde
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
<b>CUS</b>	Cobertura Universal em Saúde
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>EPI</b>	Equipamento de Proteção Individual
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>GT</b>	Grupo de Trabalho
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>SCIELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>MPSC</b>	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MEDLINE</b>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<b>NASF</b>	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
<b>NUPISC</b>	Núcleo de Pesquisa Integrada Saúde Coletiva
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PMAQ-AB</b>	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PPSUS</b>	Programa de Pesquisa do Sistema Único de Saúde
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SADQ</b>	Software de Análise de Dados Qualitativos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

<b>TIC</b>	Tecnologia da Informação e Comunicação
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UEFS</b>	Universidade Estadual de Feira de Santana
<b>VE</b>	Vigilância Epidemiológica

## LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** – Distribuição dos serviços de saúde ofertados pelo município de Iraquara – BA durante a pandemia da COVID-19.....p.51
- FIGURA 2** – Distribuição dos serviços de saúde ofertados pelo município de Souto Soares – BA durante a pandemia da COVID-19.....p.55
- FIGURA 3** – Nuvem de palavras referente às dificuldades enfrentadas para reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID- 19.....p.61
- FIGURA 4** - Nuvem de palavras referente às estratégias e serviços inovadores para reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID- 19.....p.76

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Caracterização dos trabalhadores de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF) no contexto da pandemia da COVID-19, Souto Soares e Iraquara – BA, 2022.....	p.40
--	------

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>23</b>
2.1 Notas sobre a Atenção Primária à Saúde e as estratégias frente à COVID-19 .....	23
2.2 Notas sobre a pandemia da COVID-19 .....	31
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
3.1 Tipo de estudo .....	36
3.2 Local de estudo .....	37
3.3 Participantes da pesquisa .....	38
3.3.1 Caracterização dos trabalhadores de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF) participantes da pesquisa .....	39
3.4 Técnicas e instrumentos na coleta de dados.....	42
3.5 Análise dos dados.....	44
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	47
<b>4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
4.1 Capacidade instalada dos serviços de APS para enfrentamento da pandemia da COVID -19 ....	49
4.2 Dificuldades para a reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID-19.....	58
4.3 Ações e serviços de saúde implementados pela APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.....	73
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada para o grupo dos trabalhadores da saúde. ....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semiestruturada para o grupo de gestores da saúde .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE C –PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE .....</b>	<b>105</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A Conferência Mundial de Saúde ocorrida em Alma-Ata, República do Cazaquistão, em 1978, problematizou a necessidade de ação urgente de todos os governos e de todos aqueles que trabalhavam nos campos da saúde e do desenvolvimento para promoverem a saúde de todos os povos do mundo. Este foi um evento determinante para que os países refletissem sobre a sua forma de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), em que esta deveria ser a principal estratégia e porta de entrada preferencial nos sistemas de saúde.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecida como sendo o pilar mais abrangente frente à proposta de garantir uma atenção à saúde integral e resolutiva à população (LIMA *et al.*, 2018). Esta sua centralidade possibilita uma maior capacidade de articulação com os demais níveis de atenção, o que torna os serviços mais acessíveis no enfrentamento das constantes demandas (CABRAL *et al.*, 2020).

De fato, a consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos mais relevantes avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Um dos grandes destaques deste nível de assistência está voltado para abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como principal meio de expansão do acesso e garantia do direito à saúde (ABRASCO, 2018).

No Brasil, tem-se na APS a principal porta de entrada do SUS e o primeiro nível de atenção, que atua como centro de comunicação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), norteando suas ações pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade, o que torna possível uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Diante disso, para qualificar a produção do cuidado, faz-se necessário a implementação e efetivação das RAS para fortalecimento dos serviços. Para isso, a APS deve assumir seu papel como porta de entrada preferencial ao sistema, aberta e resolutiva, garantindo o acesso às ações de saúde de forma ordenada e qualificada (ALMEIDA *et al.*, 2016). Esta articulação da APS com os demais componentes da RAS pode viabilizar a atenção aos problemas de saúde de acordo com as necessidades da população e exercer os atributos de cuidado regular e contínuo, em prol de uma assistência integral à saúde (HONE *et al.*, 2017b).

Esse arranjo organizacional das RAS necessita de um arcabouço pautado nas dimensões da política, estrutura e organização. Em estudo realizado por Bousquat *et al.* (2019) foram identificadas importantes fragilidades, em diferentes graus, que dificultam o processo de trabalho da APS, que ainda não é uma porta de entrada efetiva e preferencial no sistema de saúde nos cenários estudados. Percebeu-se que as condições estruturais dos serviços de APS são limitadas, com baixa capacidade de resolução clínica e de incorporação de instrumentos e mecanismos de coordenação do cuidado. Diante disso, é válido salientar que a implementação de políticas de fortalecimento da APS não foram suficientes para alcançar os resultados em prol da integralidade do cuidado.

Ademais, esse cuidado integral vem sofrendo as consequências de um grave problema de saúde pública a nível mundial, a infecção causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, declarada como uma pandemia, em 11 de março de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, uma série de preocupações sobre os efeitos deste vírus na saúde global, na sociedade e na economia, particularmente em populações vulneráveis e em países de baixa ou média renda, com sistemas de saúde frágeis, vem modificando práticas e comportamentos humanos. Diante desse cenário, percebeu-se que os sistemas de saúde precisavam ser reorganizados em todos os seus componentes para o enfrentamento da pandemia (MEDINA *et al.*, 2020).

Ainda segundo Medina *et al.* (2020), a resposta sanitária estava centrada nos serviços hospitalares por diversas partes do mundo, em que os esforços foram concentrados na ampliação do número de leitos, especialmente, de unidades de tratamento intensivo e respiradores pulmonares. Não se pode negar a importância destes serviços especializados na atenção a uma parcela dos casos da COVID-19, mas é preciso impetrar um olhar mais aguçado no âmbito da atenção primária à saúde (APS), frente a sua capacidade de mobilização e de resolutividade junto à população.

Essa atenção voltada para APS faz jus a partir de números alarmantes que, até o dia 26 de abril de 2023, foram registrados, a nível mundial, 764.474.387 casos confirmados da COVID-19 com 6.915.286 óbitos. A nível de Brasil, foram confirmados 37.449.418 de casos e 701.494 óbitos. Desse total, 1.799.291 de casos foram registrados na Bahia, acompanhados de 31.561 óbitos. O que deixa a população como um todo em alerta na busca de estratégias para o enfrentamento não só desta pandemia mas de qualquer ameaça diante da saúde humana (OMS, 2023).

Segundo a OMS (2022), cerca de 80% das pessoas se recuperam da COVID-19 sem precisar de tratamento hospitalar. Isto mostra a abrangência da APS e a magnitude de sua

responsabilidade frente ao cuidado em saúde, pois, em cada seis pessoas infectadas pela doença, uma apresenta complicação respiratória. Destaca-se que as pessoas idosas e aquelas com problemas crônicos são as que têm maior risco de ficarem gravemente doentes. É nesse sentido que se pretende uma APS capaz de garantir o direito universal de acesso a serviços de saúde no SUS, de forma resolutiva e com qualidade, que garanta atenção oportuna, integral, integrada e contínua com orientação familiar e comunitária (ABRASCO, 2018).

Segundo Prado *et al.* (2021) os fortes sistemas de atenção primária formam a base de qualquer resposta a emergências sanitárias. É nessa perspectiva que, mesmo diante de surtos, epidemias ou pandemias, os olhares precisam estar voltados para este nível de atenção, com sua capacidade de promover medidas de controle que objetivem interromper a transmissão de microorganismos patogênicos na comunidade e mitigar seus impactos na saúde humana.

Ao realizar o levantamento da produção científica sobre a organização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19, foi possível explorar as produções existentes nesse período junto aos principais países atingidos pelo vírus e analisar caminhos inovadores para fortalecer a APS, diante de situações que poderiam emergir e exigir respostas rápidas e resolutivas, deste nível de atenção à saúde.

Nesse sentido, algumas inovações estavam voltadas, sobretudo, para construção do conhecimento, em que foram intensificadas a realização de seminários e treinamentos, visitas domiciliares e uso de equipamento de proteção individual. Ações conjuntas entre organizações locais e vigilância foram cruciais para o monitoramento diário do estado de saúde e apoio psicológico aos indivíduos em quarentena. Também foram criados comitês para triagem de saúde, rastreamento de contatos e investigação de fontes de infecção (TSE *et al.*, 2020).

Nos Estados Unidos, o alerta acendeu a partir da confirmação de casos da COVID-19 pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) em 25 de fevereiro de 2020. O acesso dos usuários foi dificultado em virtude de uma combinação de políticas com cobertura limitada à população. Foi ampliada a cobertura de chamadas telefônicas ou de vídeo entre médicos e idosos da zona rural, estendida a todos os segurados do programa. Algumas medidas foram adotadas para conter o avanço do vírus, em que propuseram a criação de comitês multiprofissionais, bem com a realização de treinamento sobre atividades respiratórias e sobre a correta higienização das mãos e treinamentos quanto ao uso correto de equipamento de proteção individual (EPI) (UNITED STATES, 2020).

Na França, o processo de classificação dos pacientes permitia a organização dos mesmos com COVID-19 para garantir o tratamento oportuno. Sendo que há dois níveis de serviços, um com a medicina ambulatorial que dava continuidade do cuidado, e outras

instalações que possuem os recursos necessários para combater a doença. Porém há uma baixa capacidade logística para promover testes em massa, devido ao número limitado de laboratórios públicos (PRADO *et al.*, 2020).

No Canadá, a população se distribui de forma pouco povoada, o que facilitou uma resposta mais eficiente com a implantação do Plano de Resposta à Saúde Pública, realizando testes, rastreando contatos, limitando a disseminação e validando resultados no nível local. Além disso, os fluxos da APS foram desenhados numa plataforma digital adaptativa de gestão de crises com o objetivo de melhorar a resposta do sistema com base na literatura e compartilhada entre profissionais de saúde, segurados, academia e setor privado em resposta à epidemia de COVID-19 (KUHLMANN *et al.*, 2020).

A Itália ficou marcada pela forte disseminação da COVID-19, com um sistema hospitalocêntrico caracterizado por uma alta concentração de recursos em hospitais de grandes centros urbanos, em detrimento de cuidados primários. Isso levou a um colapso dos sistemas de saúde locais, sobrecarregando as unidades hospitalares e dificultando o acesso ao tratamento para pacientes com outras doenças. Consequentemente, sofreu uma alta taxa de mortalidade em relação a outros países europeus, demonstrando as limitações de seu sistema hospitalocêntrico diante de uma emergência sanitária de grande escala. Apesar desses impactos, o Serviço Nacional de Saúde ofereceu acesso universal aos cuidados de saúde, em que medidas foram tomadas de imediato, como o fortalecimento da coordenação nacional, capacitação dos trabalhadores de saúde, ampliação do financiamento dos sistemas de saúde e do serviço de telemedicina remota para pessoas isoladas ou em quarentena (LAU *et al.*, 2020).

Na Inglaterra, a APS assumiu postura diferenciada com um rearranjo do modelo operacional que incluiu a triagem remota de todos os pacientes por uma equipe de saúde, considerando casos suspeitos, grupos de risco e grande população que foram estimulados ao autocuidado. Os fluxos locais mais relevantes foram discutidos regionalmente com o *Clinical Commissioning Group (CCG)*. Com isso, os profissionais tinham acesso aos sistemas remotos de saúde o que facilitava as consultas, gerenciamento de dados e informações de saúde. Outros serviços foram mantidos como visitas domiciliares restritas aos grupos de risco, atendimento presencial e/ou consulta remota apoiada por agentes comunitários treinados e supervisionada por médicos residentes, além das capacitações (ENGLAND, 2020).

As medidas da Espanha condizem aos critérios necessários para o controle do vírus, fornecendo fluxos e áreas de isolamento para pacientes, que recebiam atendimento tanto pessoalmente quanto por telemedicina. A interação dos profissionais de saúde é próxima aos doentes e suas famílias, a partir de uma abordagem integrada, que lhes permite traçar planos de

tratamento específicos para os doentes e partilhar com eles a corresponsabilização da sua saúde. Além disso, o processo de higienização das mãos, uso de máscaras, distanciamento social e classificação de risco sempre foram adotados como medidas básicas de segurança (ESPAÑA, 2020).

Portugal, assim como a Inglaterra, orientou a população suspeita da COVID-19 para o autocuidado. Com isso, o sistema de saúde tem o apoio da população para enfrentar a pandemia, juntamente com a organização dos serviços de saúde, como a colocação de barreiras físicas criando circuitos/fluxos específicos. Foram criados serviços de referência em APS com atendimento remoto pelo serviço de telemedicina (PORTUGAL, 2020).

Giannopoulou e Tsobanoglou (2020) apontam pontos indispensáveis para o enfrentamento das fragilidades do sistema de saúde da Grécia, dentre eles encontram-se a necessidade de melhoria do financiamento, uma maior aproximação entre os interesses públicos e privados e ampliar o número de profissionais da saúde, para melhor combater a pandemia da COVID-19. Nesse sentido, os cuidados primários, comunitários e domiciliários são estratégias apontadas na mitigação da pandemia.

A Austrália é conhecida por seus baixos investimentos na Atenção Primária à Saúde (APS), o que se refletiu negativamente no enfrentamento da pandemia de Covid-19. No entanto, o país investiu em tecnologias de informação e comunicação (TICs) para melhorar a eficiência dos serviços de saúde durante a crise sanitária, utilizando ferramentas como telemedicina e plataformas digitais de monitoramento de casos (HALCOMB *et al.*, 2020).

Um estudo em Cingapura já reconhece a sua forte dependência pela rede de atenção primária à saúde. Este é o primeiro ponto de contato para a maioria dos casos indiferenciados pelo vírus, representando 79,06% do total de atendimentos primários de saúde em um dia. Assim, as clínicas deste nível de atenção constituem a base da identificação precoce e do isolamento de casos suspeitos dentro do vasto grupo de pacientes (LIM; WONG, 2020).

Ainda segundo Lim e Wong (2020), para reduzir a sobrecarga que recai sobre os hospitais e os sistemas de saúde, durante esta pandemia, torna-se perceptível e essencial que as medidas imediatas para conter e mitigar essa demanda devem começar no nível da base. Superar barreiras de comunicação e educação são medidas que visam identificar e isolar os casos precocemente, reduzindo a sobrecarga de trabalho no nível hospitalar, ao mesmo tempo que protege pacientes e profissionais de saúde.

O Brasil, como sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e gratuita a toda a população, assumiu no decorrer da pandemia, um papel fundamental na contenção do vírus. Isto porque no início de fevereiro de 2020, mesmo

sem casos confirmados da COVID-19, o Ministério da Saúde do Brasil acionou o Plano Nacional de Resposta a Emergências de Saúde Pública e implantou o Centro de Operações de Emergências de Saúde Pública para o novo Coronavírus (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Além disso, o uso da telemedicina foi autorizado pela Portaria GM/MS N° 467 de 20 de março de 2020, como forma de regulamentar os serviços de consultas, orientações a tratamentos, informações e comunicação junto à população como forma de fortalecimento das ações contra a COVID-19 (BRASIL, 2020). Porém, as limitações de acesso às tecnologias têm sido apontadas como uma barreira na implementação destes serviços (GOIS-SANTOS *et al.*, 2020).

Nesse mesmo contexto, Fausto *et al.* (2018) aponta que, no Brasil, a atenção à saúde vem sendo fortalecida através da APS, que tem na sua principal estrutura a ESF como porta de entrada prioritária e organizadora dos serviços, além de assumir a coordenação do cuidado. Porém, esse potencial tem se mostrado pouco presente no cenário da pandemia, visto que Prado *et al.* (2020) apontam que a gestão poderia ter melhor implementado as estratégias de enfrentamento da COVID-19, mas é a pesquisa e o número crescente de redes de pesquisadores e universidades que norteiam algumas decisões, sobretudo em momentos cruciais como esta pandemia.

Contudo, as políticas de subfinanciamento e austeridade do sistema adotadas pelo governo nacional impactaram na capacidade de respostas da APS, em virtude de falas desarticuladas do gestor federal com as recomendações internacionais (GRUIMARÃES *et al.*, 2020). Corroborando com este pensamento Prado *et al.* (2020) acrescenta que o agravamento e a urgência apresentados pela pandemia da COVID-19 apontam para uma concentração de recursos em regiões específicas e grandes cidades. O que evidencia uma má distribuição dos mesmos diante de tamanha gravidade.

Além disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou uma heterogeneidade organizacional dos serviços locais, que adotaram processos de trabalho diversificados de acordo com as realidades locais em resposta à pandemia da COVID-19. Algumas das dificuldades ficaram evidentes: baixa articulação entre a vigilância e as ações de atenção à saúde na APS; reduzida utilização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dada sua capilaridade e potencialidade em aumentar o sentido e o engajamento da comunidade, além da fragilidade de sistemas de informação em saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2020).

É neste cenário que os estudos têm apontado a necessidade de uma APS mais inovadora, como base estruturante na reorganização do processo de trabalho para agregar forças e promover a mitigação dos danos causados pela pandemia da COVID-19. E reforça a

necessidade de políticas de desenvolvimento para romper com a fragmentação dos sistemas de saúde, enfrentar a alta desigualdade social e ampliar os investimentos no setor de saúde para garantir a continuidade do cuidado em todos os níveis de assistência e uma maior aproximação da vigilância com a ESF (TURCI; HOLLIDAY; OLIVEIRA, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), os sistemas que possuem uma APS estruturada com trabalho colaborativo e em equipe, tanto melhoram a qualidade dos resultados em saúde, quanto ampliam os cuidados voltados para uma atenção mais acessível, abrangente e longitudinal à população. O que nos possibilita deduzir a real importância do desenvolvimento de um trabalho articulado com a comunidade para o fortalecimento da APS no enfrentamento de situações emergentes, como é o caso da pandemia da COVID-19 (OMS, 2020).

De fato, tem-se na APS um espaço potencialmente resolutivo para atuar em desafios como o da COVID-19 nos mais distintos sistemas de saúde (MEDINA *et al.* 2020; GIOVANELLA *et al.* 2021). Toda essa capacidade da APS se traduz a partir de algumas de suas características como baixo custo, vínculo com os usuários dos serviços de saúde, ampla capacidade de cuidado dos assintomáticos leves, que foi o caso da maioria das pessoas acometidas pela COVID-19, além do acesso facilitado com as ações de vigilância epidemiológica na identificação e controle dos infectados.

O interesse em pesquisar tal objeto emergiu tanto da minha vivência enquanto coordenador da atenção básica, quanto da complexidade crescente deste serviço que carece de uma análise mais minuciosa na busca de resultados promissores. É nesse sentido que o olhar inovador desta proposta de pesquisa colherá novos caminhos a serem trilhados durante e após a pandemia, que possibilitará a compreensão e reflexão sobre o potencial destes serviços em promoverem a reorganização da APS, vislumbrando seu fortalecimento, a partir de ferramentas e/ou estratégicas capazes de impulsioná-la dentro das RAS.

Somam-se a esses motivos, as constantes discussões nacionais e internacionais voltadas para reorganização e fortalecimento da APS enquanto ordenadora das RAS. Além disso, tem-se neste estudo um campo fértil e desafiador para debater e repensar as estratégias deste serviço, especialmente num período pandêmico, visto que, a articulação e o desenvolvimento das ações na Rede exigem desse nível de atenção maior capacidade resolutiva, a partir da integração entre os diversificados pontos da rede, vislumbrando fortalecer a promoção do cuidado diante das necessidades de saúde da população.

De fato, a Atenção Primária em Saúde se constitui num campo fértil e promissor a ser investigado, sendo necessária uma abordagem holística, reconhecendo o papel insubstituível dos cuidados primários, comunitários e domiciliares, que devem estar na linha da frente na

gestão da pandemia da COVID-19 e dos efeitos adversos associados para a população (FARSALINOS *et al.*, 2021).

Com isso, faz-se necessário repensar as práticas de saúde nesse campo de atuação, reorganizando os serviços para promover a articulação das ações voltadas às novas necessidades de saúde dos usuários da APS em tempos de pandemia. Com isso, elegeu-se como questão norteadora da investigação: Como os municípios de Souto Soares e Iraquara na Bahia se reorganizaram para dar continuidade às ações e serviços de saúde oferecidos pela APS, durante a pandemia da COVID-19?

Diante do exposto, adotou-se como objetivo geral:

- Analisar a reorganização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19 nos municípios de Souto Soares e Iraquara na Bahia.

E, como objetivos específicos:

- Identificar a capacidade instalada dos serviços de Atenção Primária em Saúde para enfrentamento da pandemia da COVID-19;
- Apontar as dificuldades para a reorganização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19;
- Descrever as ações e os serviços de saúde implementados pela Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 nos municípios de Souto Soares e Iraquara na Bahia.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao realizar o levantamento da produção científica sobre a organização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19, foi possível explorar as produções existentes nesse período junto aos principais países atingidos pelo vírus e analisar caminhos inovadores para fortalecer a APS, diante de situações que poderiam emergir e exigir respostas rápidas e resolutivas, deste nível de atenção à saúde.

Para isso, fez-se uma busca do arcabouço científico nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e National Library of Medicine (PUBMED), no período de agosto de 2021 a abril de 2022, utilizando os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, COVID-19 e Organização. Como estratégia de busca foi utilizado o operador booleano AND. Na SCIELO foram encontrados 9 artigos que faziam a correlação dos descritores mencionados, porém apenas 3 possuíam relação direta com o problema do estudo. Na PUBMED, o volume de publicações é bem superior, em que foram encontrados 381, sendo que apenas 61 possuíam aproximação com o tema, e destes, foram utilizados 16 por possuir uma estreita relação com o problema investigado.

Dentre os artigos identificados, ao analisar a experiência de reorganização da APS na China, observou-se que a mesma apostou na valorização de pontos cruciais a serem trabalhados, ganhando destaque os atos de planejar as ações e equipar profissionais de saúde, o que contribuiu para redução dos casos da COVID-19.

O percurso teórico deste estudo desenvolveu-se a partir de dois pontos estratégicos: sobre a atenção primária à saúde e as estratégias frente à COVID-19 e sobre a pandemia da COVID-19. O primeiro ponto é de fundamental importância para entendimento da APS como base estruturante de um sistema e como campo fértil para traçar caminhos e enfrentar os desafios impostos por esta pandemia. No segundo ponto, o texto abordará sobre o contexto da COVID-19, retomando sua trajetória e fomentando um olhar mais profundo, a partir de teóricos que buscam aprofundar as discussões diante desse vírus que ainda provoca medo e insegurança em toda população.

### 2.1 Notas sobre a Atenção Primária à Saúde e as estratégias frente à COVID-19

Para enfrentar uma pandemia e manter a oferta regular das ações é imperativo a reorganização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), fazendo valer o seu

protagonismo diante das necessidades de saúde da população (ENGSTROM *et al.*, 2020). É diante dessa capacidade que a APS assume posição estratégica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), em que visa garantir a universalidade do acesso, a cobertura universal e a efetivação da integralidade (TANAKA, 2009; PAIM *et al.*, 2011; BRASIL, 2012).

A relevância deste primeiro nível de atenção fica evidente a partir da atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que define a mesma como sendo um conjunto de ações, que, de forma individual e coletiva, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, que deve culminar num cuidado integral aos indivíduos (BRASIL, 2017).

Ainda de acordo com esta PNAB, alguns atributos são essenciais para a atuação da APS no Brasil. Dentre eles, podemos destacar: o acesso universal, equânime e oportuno aos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade; coordenação do cuidado em saúde dos usuários, estabelecendo vínculos e promovendo a continuidade do cuidado, em todos os pontos de atenção da rede de saúde; integralidade das ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, com abordagem integral dos indivíduos, considerando suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais; orientação familiar e comunitária para o atendimento das necessidades de saúde das famílias e da comunidade, com base em diagnósticos populacionais e em processos participativos de planejamento e gestão; capacidade resolutiva e efetiva da maioria dos problemas de saúde da população, de forma articulada com os demais pontos de atenção da rede de saúde. Esses atributos visam orientar a atuação da APS no Brasil, a partir da ESF, promovendo uma atenção primária de qualidade e com impacto positivo na saúde da população (BRASIL, 2017; LIMA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a Atenção Primária assume significado estratégico na reorganização dos serviços de saúde a partir da reorientação de um modelo que vise a integralidade do cuidado (FERREIRA, 2012). Analisar os mecanismos utilizados na condução destes trabalhos torna-se fundamental, uma vez que o conjunto das ações desenvolvidas depende diretamente da estrutura, da organização, que refletirá na construção dos resultados (DONABEDIAN, 1980,1993 apud TANAKA, 2011).

A APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), configura-se como principal investimento do Ministério da Saúde para promover a reorganização das ações e serviços de saúde, visando à consolidação do SUS no país, a partir desse novo modelo assistencial (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013; TANAKA, 2009). Deve, ainda, ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde (BRASIL, 2017).

Para fazer jus a toda essa responsabilidade atribuída a ESF, faz-se necessário investir maciçamente na qualificação deste serviço, para que assuma, de fato, o modelo mais adequado para garantir os atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, apoiar as populações em suas necessidades de saúde, fortalecendo o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais para ampliar o cuidado à saúde (MEDINA *et al.*, 2020).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) até 2021, o número de equipes de ESF chegou a 53 mil, passando a cobrir, potencialmente, cerca de 63,62% da população brasileira. A melhoria dos serviços de estrutura das unidades básicas de saúde e do processo de trabalho das equipes impactam diretamente nos resultados em saúde, que está associada ao avanço da cobertura da ESF, o que implica na redução de internações por condições sensíveis à atenção primária e de mortes por causas preveníveis (ARAÚJO *et al.*, 2017; MACINKO *et al.*, 2018).

Mesmo com estes avanços no número de ESF no Brasil, um dos principais desafios, diante de situações emergenciais, como esta da COVID-19, será fortalecer as fragilidades estruturais. Para isso, é preciso investir espaços prioritários, a saber: governança regional do sistema de saúde, com espaços de compartilhamento de gestão para viabilizar o acesso às Redes de Atenção à Saúde (RAS); enfrentar o problema do subfinanciamento público e direcionar recursos para áreas prioritárias como a APS e vigilância em saúde; formação com vistas à educação continuada e permanente dos trabalhadores; promover informação transparente e de fácil acesso; reforçar ações comunitárias, buscando identificar e acompanhar grupos populacionais mais vulneráveis (MASSUDA; TASCÁ; MALIK, 2020).

É nessa perspectiva que a reorganização deverá ser analisada levando em consideração as especificidades do ambiente de labor, além de entender a forma como os profissionais pensam e agem frente aos serviços desenvolvidos na tentativa de repensar as práticas de fazer saúde (COELHO, 2016).

Nesse contexto, o processo de trabalho da APS funciona de forma descentralizada e ampla capilaridade, capaz de filtrar e organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, nos seus diversos níveis de complexidade, ampliando o acesso à atenção coletiva e individual e produzindo impactos positivos na saúde da população como um todo (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Essa capacidade é traduzida diante da expansão da ESF que está associada a melhores resultados em saúde como redução da mortalidade e das desigualdades em saúde entre grupos raciais. Nesse contexto, torna-se indispensável maiores investimentos frente aos sistemas de saúde focados na APS para melhorar a qualidade da assistência e reduzir as iniquidades das comunidades (HONE *et al.*, 2017).

Estas questões estruturais são também apontadas por Giovanella *et al.* (2018) como o subfinanciamento das ações e escassez de recursos humanos qualificados, o que interfere diretamente na execução das ações da APS, bem como nos seus resultados. Esta base estrutural, segundo Donabedian (1988), é fundamental para compreender o sistema de saúde, visto que a sua articulação com o processo de trabalho gera resultados essenciais para a oferta de um cuidado qualificado.

Um estudo realizado com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) revelou melhorias nos resultados e maior homogeneidade entre as regiões a partir da comparação dos indicadores de estrutura dos serviços das equipes da ESF. Esses avanços precisam ser fortalecidos para que as melhorias avancem não só na estrutura, mas também junto ao processo de trabalho para produção de indicadores em prol de um cuidado universal, equânime, integral e de qualidade na promoção e proteção da saúde da população (SANTOS *et al.*, 2021).

Um dos fatores mais impactantes na produção da APS é a comunicação que deve haver entre os serviços de saúde e os usuários, o que é preciso aprimorar o modo de relação estabelecido entre os serviços deste nível de atenção com seus usuários. E isso, permite o acesso aos serviços como ponto determinante no fortalecimento das relações com este usuário, devendo este ser o centro da atenção para interagir com as necessidades em saúde das comunidades e promover uma melhor organização dos serviços (TASCA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, os cuidados de promoção e prevenção, como sendo estratégicos à APS, podem promover um aumento efetivo da qualidade de vida tal como na redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde e outros indicadores epidemiológicos (MACINKO; MENDONÇA, 2018; PAIM *et al.*, 2011). É diante desse contexto que as respostas à pandemia deveriam se basear em engajamento comunitário e análise situacional dos territórios que visa garantir soluções a partir das especificidades e demandas contextuais (MEDINA *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Apesar da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017) apontar que a APS se apresenta como porta de entrada prioritária do sistema de saúde, além de ser coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção, este nível de atenção foi subestimado para combater a Covid-19 na primeira instância, prevalecendo, desde o início, estratégias de enfrentamento voltadas para atenção hospitalar com os casos mais críticos (MEDINA *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Prado *et al.* (2021) dialogam com modelos centrados na APS, que, por serem abrangentes e articulados à comunidade, terão desfechos de vigilância mais eficientes, na

medida em que realizarem suas ações de acordo com as necessidades de saúde da população, apoiados por equipes multiprofissionais e trabalhadores comunitários. Este nível precisa fazer valer o seu protagonismo como ordenadora do cuidado e na reorganização dos fluxos de usuários nos serviços (SARTI *et al.*, 2020).

Ainda segundo Sarti *et al.* (2020) a APS possui alta capacidade de promover a redução das iniquidades em saúde. Diante disso, precisa ser fortalecida e estruturada para dar respostas mais ágeis ao setor saúde, dado seu alto grau de capilarização em todo território, o que lhe conferiu amplo poder de alcance das camadas populacionais mais distantes e expostas aos riscos em virtude das suas condições de vida.

É nesse contexto que o atendimento integral e de qualidade possui campo fértil para sua disseminação, sendo o planejamento ancorado em dados epidemiológicos e a organização dos serviços atrelada às características da pandemia. Assim, faz-se necessário a alocação de recursos financeiros e estratégias de ações específicas para o enfrentamento da COVID-19 e de qualquer outra situação emergencial, como é o caso da capacitação dos profissionais de saúde para responder com qualidade às demandas dos usuários (BRASIL, 2020a).

Outro fator desafiador é a fragilidade das políticas públicas que vem agravando as desigualdades sociais, ainda mais evidentes na pandemia da COVID-19, o que refletiu na distribuição da doença e na taxa de mortalidade entre as populações que se encontram em vulnerabilidades sociais. É nesse contexto que se pretende maiores investimentos em saneamento básico, habitação, além de políticas públicas de desenvolvimento econômico e social para melhoria da segurança financeira dos grupos vulneráveis e reduzir a inserção no mercado informal (AFONSO *et al.*, 2021).

Diante desse desafio sanitário que se apresenta, como o maior do século XXI, a pandemia da COVID-19 tem causado sérios impactos, sobretudo pela fragilidade dos conhecimentos sobre o vírus. Assim, o serviço de telessaúde assume papel marcante na produção e disseminação de conhecimentos, o que permite a racionalização no gasto dos recursos de saúde, reduz encaminhamentos desnecessários e reduz a circulação física de pessoas (HARZHEIM *et al.*, 2019).

É preciso intensificar as ações voltadas para esta tecnologia, ampliando a disseminação dos atendimentos por telemedicina, nos diferentes serviços da APS, devendo fazer parte da rotina desse nível de atenção. No entanto, medidas organizacionais precisam ser implementadas para estruturação e fixação desse serviço a partir de diretrizes técnicas, supervisão, apoio técnico e mecanismos de remuneração (MASSUDA *et al.*, 2021).

Esses saltos de evolução precisam ser alavancados para enfrentar os grandes desafios emergenciais, mas é preciso também se libertar das regulamentações corporativas e repressoras às inovações. Isto porque a incorporação maciça de tecnologias da informação e comunicação, nos moldes da telessaúde aqui apresentados, podem representar o avanço na organização que garanta o fortalecimento da APS (KEESARA *et al.*, 2020; HERNANDEZ-ORALLO *et al.*, 2020).

O ato do teleatendimento somar junto ao processo de ampliação das ações de saúde não implica dizer que este substitui o cuidado presencial quando este se faz necessário. Alguns serviços tornaram-se mais acessíveis à população através de nova ferramenta que se mostrou eficaz e eleva o grau de equidade no sistema, e aumenta extraordinariamente a capacidade de atendimento (MACHADO, 2020). O que possibilitou aumentar e ampliar a escuta, acolhimento, orientações aos usuários, com aumento da escala de atendimento (FRANCO, 2021).

É nesse contexto que o uso da telemedicina com triagem e consultas médicas por telefone surge como mais uma alternativa no combate ao coronavírus. Mas os profissionais médicos se mostram preocupados com a continuidade dos cuidados regulares e as consequências das medidas anticovidais. E mais, os usuários que convivem com problemas crônicos podem sofrer as consequências por complicações no período pós pandemia (VERHOEVEN *et al.*, 2020).

É apoiado neste contexto das tecnologias da informação e da comunicação que a resposta nacional a COVID-19 ganha força e amplia a estrutura da APS, que tem junto às Estratégias de Saúde da Família (ESF) um papel de coordenação e comunicação do cuidado (HARZHEIM *et al.*, 2020). Nesse sentido, as ações voltadas para um cuidado integral da população e comunidades, promovem a diminuição drástica dos encaminhamentos, desnecessariamente, aos prontos-socorros e hospitais públicos e privados (PAIM, 2018).

Assim, tem-se na APS porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), que poderá responder às diversificadas situações de que exige desse nível de atenção uma resposta resolutiva no combate a surtos, epidemias e pandemias. Seu papel é fundamental no atendimento longitudinalidade e a coordenação do cuidado com grande potencial de identificação precoce de casos (BRASIL, 2020c). Desse modo, é preciso avançar nos investimentos da APS para torna-la mais acessível à população, visto que 80% dos casos são leves, além dos graves que são detectados e encaminhados para serviços especializados (BRASIL, 2020b; DUNLOP *et al.*, 2020).

Para não haver descontinuidade da assistência e alavancar meios para enfrentamento da pandemia da COVID-19, torna-se nítida a reestruturação dos sistemas e serviços de saúde, bem

como a reorganização do processo de trabalho e dos fluxos assistenciais. Segundo Maciel *et al.* (2020) isto significa investir em pontos estratégicos como a qualificação profissional, garantia de equipamentos de proteção individual (EPIs) para segurança dos trabalhadores, ampliar o uso das tecnologias de informação e comunicação e educação permanente, o que promove o acesso e a equidade nas ações perante às populações mais vulneráveis.

Também ficou evidente a busca incessante por uma solução que viesse a combater este vírus, com utilização cotidiana de prescrições medicamentosas para sintomáticos gripais sem evidências científicas de eficácia (FERNANDES *et al.*, 2021). Nesse contexto, surge como a grande esperança as vacinas, em que o seu processo de aplicabilidade exigiu da atenção primária ações inovadoras como o drive-thru e o agendamento on-line para vacinação, com resgate de antigas atividades como a busca ativa e a imunização em domicílio (SOUZA *et al.*, 2021).

Em meio a diversas incertezas quanto à terapêutica da COVID-19, o seguimento da APS foi respaldado por meio de protocolos clínicos, atitude importante para organização dos serviços e para assegurar as condutas profissionais (FERNANDES *et al.*, 2021).

Para isso, há uma necessidade de planejamento, comunicação e coordenação eficazes entre os gestores formuladores de políticas públicas e dos serviços de atenção primária à saúde para garantir a organização em situações de emergências. O que torna imperativo os investimentos em infraestrutura, capacitação e fortalecimento destes serviços prezando pela qualidade e resolutividade (GARG *et al.*, 2020; MITCHELL *et al.*, 2020; GOIS-SANTOS *et al.*, 2020).

Estas ações possuem efeitos impactantes quando levam em consideração o envolvimento da população, com medidas que possam ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Para isso, é preciso impulsionar a comunicação como forma de ganhar confiança e credibilidade na inovação das ações da Atenção Primária ofertadas ao público a nível individual, local, regional, nacional e internacional, promovendo a universalidade do acesso com atenção qualificada (WILLIAMS; TSILIGIANNI, 2020).

Diante disso, percebe-se que os aspectos organizacionais das unidades básicas de saúde podem fazer a diferença com o modo de articular meios, conhecimentos e recursos institucionais e comunitários para intervir nas necessidades de saúde a partir da condução dos processos até a resolução ou controle dos problemas (GIOVANELLA, *et al.*, 2009).

De fato, a sustentabilidade do SUS depende de uma reforma do modelo de gestão objetivando corrigir diversos obstáculos estruturais e funcionais para garantir o cuidado integral (CAMPOS, 2018). Para isso, torna-se indispensável inovar os caminhos do acesso e da

equidade aos serviços de saúde a partir de estratégias que incluam a participação da comunidade no pensar e agir diante da realidade em que a população está inserida (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Mas, em todo a esse contexto existe um fator dificultador apontado por Mendes (2010), que é a fragmentação dos serviços de saúde, ainda fortemente hegemônicos, o que fragiliza uma resposta eficaz a uma situação epidemiológica em que predominam, cada vez mais, condições crônicas oriundas de um fenômeno de transição demográfica, epidemiológica e nutricional que contribuem para um estado que corresponde a uma tripla carga de doenças.

Segundo Franco (2021) os países que não priorizaram a APS no combate ao coronavírus e ficaram presos às raízes da hegemonia biomédica na produção do cuidado fez com que a atenção à COVID-19 ficasse voltada predominantemente para rede hospitalar, fazendo com que sistemas de saúde entrassem num verdadeiro colapso. Essa centralidade do cuidado focada nas tecnologias duras, direcionam o conhecimento técnico às máquinas, o que dificulta as relações de proximidade com os usuários e suas necessidades de saúde (MERHY, 2020).

Desde o primeiro momento do surto da doença em 2020, as medidas de maior relevância para se combater o vírus estavam centradas em cuidados locais relacionados com a vivência das pessoas junto à realidade do seu território de abrangência. Assim, pode-se citar algumas das experiências bem sucedidas no que tange ao cuidado, como é o caso das orientações às comunidades, distribuição de equipamentos de proteção individual, fortalecimento dos vínculos com a unidade de saúde de referência, em que estas atribuições foram expressivas na resolutividade da APS (NACOTI *et al.*, 2020).

Todas essas estratégias são de grande relevância para ampliação da proximidade entre profissionais e usuários, o que torna as comunidades locais fortalecidas para enfrentar a pandemia da COVID-19 (SEIXAS *et al.*, 2020). Destaca-se, nestes territórios, iniciativas de práticas do cuidado operando a partir da escuta qualificada, acolhimento, formação e manutenção dos vínculos a partir da centralidade da APS, compartilhando o cuidado e as experiências do viver (FRANCO, 2021).

Os profissionais de saúde devem reconhecer este campo de atuação a partir dos territórios que são diferentes, têm particularidades materiais e simbólicas, compreendendo os contextos para reconhecer as dinâmicas sociais, econômicas, políticas e identitárias que possibilitam a identificação dos múltiplos saberes para o enfrentamento dos problemas e das necessidades da população. O que possibilita ampliar os horizontes com intuito de potencializar a capacidade operacional do sistema de saúde local (GONDIM; MONKEN, 2017).

O que se percebe diante das ideias expostas é a necessidade de ampliação de um cuidado em saúde focado no conhecimento multidisciplinar e transdisciplinar, buscando constantemente desvendar possibilidades inovadoras no combate à COVID-19. Pensar na reorganização da APS é um imperativo fundamental, reconhecer o território e a comunidade como dispositivos de construção compartilhada é uma necessidade para continuidade do cuidado e mola propulsora de um processo de mudança das práticas. E, só assim será possível sonhar com uma APS mais articulada, robusta e efetiva enquanto coordenadora do cuidado.

## 2.2 Notas sobre a pandemia da COVID-19

A pandemia da COVID-19 iniciou-se na China com isolamento do primeiro caso em Wuhan, província de Hubei, em 29 de dezembro de 2019. No Brasil, foi identificado o primeiro caso no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo, e este foi se disseminando e ganhando força por todo o país, o que caracterizava um surto da doença (BRASIL, 2022). Em seguida, no dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde declarou a pandemia da COVID-19, ao reconhecer o potencial de disseminação da nova doença a nível mundial (WHO, 2020).

Esta doença se caracteriza por sintomas típicos gripais em níveis leve, moderado e grave, com quadros marcados por febre baixa e alta, diarreia, cansaço físico, tosse seca constante, falta de ar, pneumonia grave, dor muscular, tontura, dor de cabeça, dor de garganta, rinorréia, dor no peito, náusea e vômitos (LO; LIO; CHEONG, 2020; BRASIL, 2020).

A identificação do vírus concretizou-se a partir de pessoas internadas com diagnóstico de pneumonia, em que foi identificado esse novo gênero do coronavírus que causa infecção respiratória aguda grave e elevado potencial de transmissibilidade, evoluindo de uma epidemia local para uma pandemia, exigindo diante dessa situação crítica respostas rápidas e eficazes da saúde pública (LO; LIO; CHEONG, 2020; PARMET; SINHA, 2020).

De fato, esta capacidade do vírus reflete nos números, visto que uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2, ficam gravemente doentes e desenvolvem dificuldade de respirar. Esses dados são agravados quando os grupos de maior risco são acometidos pela doença, como é o caso dos idosos e pessoas com comorbidades, tais como, pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode se infectar com o vírus da COVID-19 e evoluir para formas graves da doença (BRASIL, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde (2022) no período entre 26 de fevereiro de 2020 a 22 de janeiro de 2022 foram confirmados 23.909.175 casos e 622.801 óbitos por covid-19 no país. Dados estes que justificam os grupos prioritários terem atenção especial a todas as medidas para evitar o contágio que valem para a população geral (OPAS, 2020). Logo, os idosos e as pessoas que apresentarem doenças crônicas significa maior risco de ficarem gravemente doentes e, conseqüentemente, de evoluir para óbito (BRASIL, 2021).

Diante disso, o planejamento e a execução de medidas de prevenção precisam de hegemonia em todos os pontos do território nacional e internacional, pois instituições e esferas administrativas possuem autonomia para a implementação destas ações conforme as necessidades de saúde da população. Os achados científicos sugerem fortemente que a conjugação de isolamento dos casos, quarentena de contatos e medidas amplas de distanciamento social, têm o potencial importante no controle e na diminuição da transmissão viral (AQUINO *et al.*, 2020).

Mesmo com mais de 2 anos decorridos da pandemia, ainda são preocupantes os transtornos causados pela mesma para população e sociedade. Para mitigar esses impactos, diversos países e empresas farmacêuticas estão empreendendo esforços na produção de uma vacina segura e eficaz contra a COVID-19, e para o monitoramento das vacinas que já se encontram com liberação para uso emergencial e/ou registradas em alguns países (BRASIL, 2022).

Os estudos revelam a rápida disseminação da COVID-19, o que criou um cenário de incertezas e riscos a toda população mundial e, em especial, aos profissionais de saúde na linha de frente da pandemia (ADAMS; WALLS, 2020). No Brasil, o governo federal, a partir do negacionismo infundado, conduziu de forma errônea o planejamento e coordenação do enfrentamento à COVID-19, o que agravou os efeitos negativos da crise e aprofundou as vulnerabilidades desses profissionais (FERIGATO *et al.*, 2020; NOGUEIRA *et al.*, 2020).

Foi diante desse cenário pandêmico, que o curso da epidemia se enveredou por rumos diferentes, fazendo com que os governos, nos diversos países do mundo, tomassem medidas de caráter emergencial para enfrentar a COVID-19, como estratégias de lockdown, a fim de evitar a proliferação da infecção para novos indivíduos e mitigar a sobrecarga social da doença e sua mortalidade. Mudanças estas que impactaram de forma brusca na vida das pessoas e da sociedade como um todo, alterando rotinas e reinventando as formas de se envolver junto ao meio social (PARMET; SINHA, 2020).

É nesse contexto que Devakumar *et al.* (2020) discorre sobre os efeitos sociais do surto, que geram medo, rachaduras sociais e políticas em níveis micro e macro da sociedade devido

ao isolamento, a quarentena e o tratamento inicial incerto. E é a partir dessa capacidade de afetar qualquer pessoa que as políticas de enfrentamento da COVID-19 deveriam tomar rumos mais solidários e acolhedores por parte dos governos e das pessoas.

As transformações provocadas pela pandemia atingem diversos cenários de cunho político, econômico e sanitário, e no Brasil não foi diferente, visto que a crise que perpassa por estes setores interfere diretamente na condução dos serviços da Atenção Primária. Tudo isso vem sendo vivenciado desde o final de 2016 com a aprovação do projeto de emenda constitucional n. 95 (PEC/95), que representa um grande retrocesso, pois congelou os gastos da União com as despesas primárias em saúde por vinte anos (ANDERSON, 2019).

Diante disso, percebe-se que a disseminação da COVID-19 possui relação direta com a vulnerabilidade socioeconômica de grupos populacionais, o que se pode inferir que este processo não é biomédico, mas que possui uma interligação dos diversos fatores que circundam o cotidiano das pessoas diante das suas diversas atividades (FREIRE, 2020; ESTRELA *et al.*, 2020; GONDIM, 2020).

Um ponto determinante em meio a todas estas dificuldades é o acesso aos serviços de saúde que tem se tornado restrito no transcurso da pandemia, em que já há estimativas de sobre mortalidade por outras causas em países de baixa e média renda. Essa redução da acessibilidade aos cuidados materno infantil no decorrer da pandemia da COVID-19 pode resultar em um aumento de até 40% na mortalidade em menores de cinco anos e em até 30% na mortalidade materna (ROBERTON *et al.*, 2020). Estudos brasileiros identificaram, na área de e na área da cardiologia houve diminuição de 90% no total de consultas em ambulatório e de 45% na busca de prontos socorros cardiológicos (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Esse contexto pandêmico provocou inquietação com a chegada do vírus ao Brasil, como algo incerto e assustador, em que o medo levou até mesmo a suspensão de atividades junto às Estratégias de Saúde da Família, o que ocasionou uma queda brusca dos atendimentos. A oferta prejudicada destes serviços básicos compromete diretamente a continuidade do cuidado junto aos usuários do sistema que convivem com problemas crônicos, o que pode agravar o quadro e incorrer em complicações irreversíveis (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

No âmbito da economia a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) (2020) aponta que as medidas de isolamento, quarentena e proibições de viagens provocaram sérios impactos econômicos a curto e longo prazo. No Brasil não foi diferente, adotando várias ações como o Plano de Contingência Nacional para mitigar o processo de contaminação (BRASIL, 2020a).

Neste mesmo cenário de insegurança devido ao grande número de mortes por COVID-19, o Brasil se viu diante de uma segunda onda no final do ano de 2020, provocando o avanço do número de infectados e mortos pelo vírus. Tudo isso foi agravado por medidas equivocadas, como: desinformam da população, uso de medicamentos ineficazes, negligência na aquisição de vacinas, foram deliberadamente orientadas pelo Ministério da Saúde (FRANCO, 2021).

Essa pandemia também veio trazer um olhar diferenciado por parte das autoridades competentes quanto a distribuição desigual de serviços de saúde, o que exige a construção de redes assistenciais regionalizadas e fortalecidas. Espera-se de tudo isso, repercussões positivas na reestruturação do sistema na inovação de processos de trabalho de acordo com as necessidades de saúde da população (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Um grande aliado diante desse percurso transformador está a grandiosa massa de dados e informações disponíveis que tem sido um diferencial para aqueles que tratam o conhecimento de maneira eficiente e eficaz. Para isso, é preciso saber captar e filtrar aquilo que é capaz de agregar valor, conforme mencionado a seguir:

O êxito da gestão da informação, conclui-se que é necessário que ela seja efetivada de acordo com as premissas, a saber: precisa ser realizada por pessoas apoiadas pelas tecnologias de informação e comunicação; precisa ser feita por meio de instrumentos gerenciais, com o uso das ferramentas de compartilhamento e colaboração (redes sociais); é importante um ambiente de cultura e comportamentos informacionais consolidados; é necessária a compreensão da informação como recurso estratégico organizacional, tornando-se a sua utilização uma vantagem competitiva (RODRIGUES; BLATTMANN, 2014, p. 25).

A Organização Mundial da Saúde (2020), em sua agenda de imunização para 2030 coloca os planos de vacinação como prioridade fundamental para garantia de exercício do direito à saúde física e mental, pois é considerada um dos métodos que mais previne mortes no mundo atualmente. Porém, em 2020, nenhuma vacina atingiu a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, dado este que preocupa as autoridades sanitárias quanto às possíveis surpresas junto às doenças imunopreveníveis (PROCIANOY *et al.*, 2022).

Diante disso, faz-se oportuno avaliar o processo vacinal relacionado à pandemia, visto que o mesmo teve início em 18 de janeiro de 2021 com a Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 no Brasil. Registra-se a adesão do Brasil à encomenda tecnológica AstraZeneca/Fiocruz, ao *Covax Facility*, *Sinovac/Butantan*, Janssen e Pfizer. Até o final de 2021 o Brasil tinha a previsão de recebimento de cerca de 662,5 milhões de doses de vacinas COVID-19. Diante disso, o Ministério da Saúde apresenta os seguintes números: mais de 476

milhões de doses de vacinas COVID-19 foram distribuídas para todos os estados e o Distrito Federal. Dessas, mais de 406 milhões foram aplicadas, sendo mais de 173 milhões de primeira dose, mais de 157 milhões de segunda dose ou dose única, e mais de 71 milhões com a dose de reforço no braço. Com isso, o Brasil chega a 91,6% do público acima de 12 anos vacinado com a primeira dose e 86,1% desse mesmo grupo completamente vacinado (BRASIL, 2022).

Diante das ideias contextualizadas, percebe-se que a pandemia da COVID-19 é um desafio exponencial para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e efetivas do poder público para fortalecer os serviços de saúde que precisam ser reorganizados, em todos os seus componentes, para conter o avanço da doença e evitar maiores transtornos para o sistema de saúde e para a sociedade.

### 3 METODOLOGIA

Destaca-se que este estudo é um subprojeto do projeto intitulado “Estratégias e tecnologias para garantir acesso e resolubilidade da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 na macrorregião de saúde centro-leste”. Esta proposta é fomentada pelo Programa de Pesquisa do Sistema Único de Saúde (PPSUS) e institucionalizada na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) através da resolução CONSEPE-UEFS 113/2021.

Para Gil (1999), a trajetória metodológica se estrutura a partir de um conjunto de procedimentos sistematizados e técnicos utilizados para proporcionar respostas aos problemas que são propostos. Para isso, é necessária a identificação dos caminhos a serem percorridos pela pesquisa e determinar o método que possibilite alcançar os objetivos da investigação.

Os caminhos que foram percorridos por esta pesquisa serão detalhados a seguir, a partir das seguintes etapas: tipo de estudo, que classifica a pesquisa quanto a sua natureza e ao objetivo; o local em que este estudo foi concretizado com suas características e possibilidades; os participantes, como sendo os atores investigados; técnicas e instrumentos da coleta de dados; análise dos dados e princípios éticos da pesquisa, como ponto primordial para efetivação da legalidade.

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo que, para Gil (2010), vai propiciar o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações, mediante a máxima valorização do contato direto com a situação estudada, percebendo tanto a individualidade quanto os significados múltiplos do objeto de estudo. Assim, Driessnack (2007) apresenta a abordagem qualitativa como caminho para explorar espaços que apresentam lacunas no conhecimento, ou quando pouco é sabido a respeito de um determinado fenômeno, experiência ou conceito. É nesse contexto que Minayo (2010) acredita que o campo da saúde permite o debate dessa abordagem, mostrando-se apropriado a estudos sobre organização, administração e avaliação dos serviços e sistemas de saúde.

Quanto ao seu objetivo, esta pesquisa caracteriza-se como sendo descritiva, pois buscou descrever as características do que está ocorrendo, permitindo abranger determinada população, fenômeno ou situação (GIL, 1999).

Nesse sentido, o objeto de estudo investigado nesta pesquisa deu-se a partir da seguinte pergunta norteadora: Como os municípios de Iraquara e Souto Soares se reorganizaram para dar continuidade às ações e serviços de saúde oferecidos pela APS, durante a pandemia de COVID-19?

### 3.2 Local de estudo

O estudo possui um campo fértil para investigação, visto que a atenção primária à saúde é base estruturante diante da complexidade considerável frente à organização dos serviços.

Destaca-se que o projeto guarda-chuva intitulado “Estratégias e tecnologias para garantir acesso e resolubilidade da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 na macrorregião de saúde centro-leste”, ao qual está vinculado este estudo foi realizado em doze municípios que compõem a Macrorregião Centro-Leste de Saúde do Estado da Bahia. Esta macrorregião centro-leste é composta por quatro regiões de saúde cujas sedes são: Serrinha, Seabra, Itaberaba e Feira de Santana.

Os critérios de inclusão dos municípios foram: municípios com 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família e que estivessem entre os municípios da região com maior número de casos da COVID-29 notificados. Após a aplicação dos critérios de exclusão foram escolhidos os seguintes municípios por região:

- Região de Serrinha: Retirolândia e São Domingos;
- Região de Seabra: Iraquara e Souto Soares;
- Região de Itaberaba: Rui Barbosa e Iaçu;
- Região de Feira de Santana: Amélia Rodrigues, Irará, Pé de Serra e São Gonçalo dos Campos.

Assim, para este estudo, foram selecionados dois dentre os dez municípios da Macrorregião Centro Leste do Estado da Bahia, que fazem parte da Região de Seabra:

- Iraquara com uma população estimada de 25.728 pessoas (IBGE, 2021), Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,599 (IBGE, 2010) e mortalidade infantil de 10,34 (IBGE, 2020). Além disso, possui uma rede de saúde com 01 Secretaria Municipal de Saúde, 09 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 01 Policlínica, 01 Centro de Reabilitação, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 01 Academia da Saúde (CNES, 2022).

- Souto Soares com população estimada de 17.118 pessoas (IBGE, 2021), IDHM de 0,592 (IBGE, 2010) e mortalidade infantil de 20,83 (IBGE, 2020). Sua capacidade instalada na

saúde é: 01 Secretaria Municipal de Saúde, 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 06 ESF, 03 Postos de Saúde (postos satélites), 01 Hospital Municipal, 01 CAPS e 01 Academia da Saúde (CNES, 2022).

Assim, esta pesquisa adotou como cenários para coleta dos dados: A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (coordenação de atenção básica e vigilância epidemiológica) e as unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) dos dois municípios selecionados.

Como os demais municípios brasileiros, o acometimento pelo coronavírus foi intenso e preocupante nestas duas cidades estudadas. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (BAHIA, 2022), o número de casos confirmados em Souto Soares foi de 988 e número de óbitos de 22, o que equivale a uma taxa de letalidade de 2,23%. E em Iraquara o número de casos foi de 1.806 e 19 óbitos, perfazendo uma taxa de letalidade de 1,05%.

É neste cenário de incertezas, de diminuição do acesso aos serviços de APS, da reorganização dos serviços e aumento dos agravos de saúde para além da COVID-19, que se concretizou este estudo, buscando desvendar estratégias e inovações que pudessem contribuir para a consolidação da APS, por meio da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, assegurando respostas efetivas para a população, em municípios baianos da macrorregião Centro Leste.

### 3.3 Participantes da pesquisa

Para analisar a reorganização dos serviços da APS, tornou-se tão importante quanto indispensável entrevistar os diferentes atores envolvidos no contexto organizacional, a saber:

- Gestores dos serviços: os (as) secretários (as) municipal de saúde, os gestores da APS e as coordenações de vigilância;

- Trabalhadores da saúde: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS);

Este estudo contou com a colaboração de 15 participantes, sendo 06 gestores e 9 trabalhadores da saúde. Para isso, adotou-se como critérios de inclusão: todos aqueles que aceitaram participar do estudo, os que atuaram e/ou atuam na atenção primária, seja na gestão ou na assistência direta, por pelo menos seis meses, durante os anos de 2020 a 2022. Como critérios de exclusão: aqueles que estavam em período de licença e/ou férias.

### 3.3.1 Caracterização dos trabalhadores de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF) participantes da pesquisa

Esta caracterização dos trabalhadores de saúde engloba dados como idade, sexo, estado civil, religião, formação profissional, tempo de formação, tempo de atuação, carga horária, cargo que exerce e outro vínculo.

O quadro a seguir apresenta a caracterização dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família que foram selecionados como participantes do estudo.

QUADRO 1 - Caracterização dos trabalhadores de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF) no contexto da pandemia da COVID-19, Souto Soares e Iraquara – BA, 2022.

N	MUNICÍPIO	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS	CARGO QUE EXERCE	CARGA HORÁRIA	VÍNCULO	OUTRO VÍNCULO
ENT1	Iraquara	45	Masculino	Casado	Católica	Administrador	5 anos	Secretário de Saúde	40	Contrato	sim
ENT2	Iraquara	38	Feminino	Casada	Espírita	Nutricionista	6 anos	Vigilância em Saúde	30	Contrato	sim
ENT3	Iraquara	40	Feminino	Solteira	Espírita	Enfermeira	2 anos	Secretária de Saúde	40	Contrato	não
ENT4	Iraquara	29	Feminino	Solteira	Católica	Enfermeira	2 anos	Vigilância Epidemiológica	40	Contrato	sim
ENT5	Iraquara	33	Feminino	Solteira	Católica	Enfermeira	2 anos	Coordenadora de Atenção Básica	40	Contrato	sim
ENT6	Iraquara	27	Feminino	Casada		Enfermeira	3 anos	Coordenadora de Atenção Básica	40	Contrato	não
ENT7	Souto Soares	28	Feminino	Casada	Católica	Enfermeira	7 anos	Enfermeira Assistencial	40	Contrato	sim
ENT8	Iraquara	50	Masculino	Casado	Católica	Técnico de Enfermagem	32 anos	Vacinador	40	Estatutário	sim
ENT9	Souto Soares	29	Masculino	Solteiro	Católica	Dentista	4 anos	Dentista	40	Contrato	sim
ENT10	Iraquara	48	Feminino	Solteira	Católica	Agente Comunitária de Saúde	19 anos	Agente Comunitária de Saúde	40	Estatutário	não
ENT11	Souto Soares	33	Feminino	Casada	Católica	Médica	7 anos	Médica	40	Mais Médicos	sim

ENT12	Souto Soares	39	Feminino	Casada	Católica	Técnico de Enfermagem	4 anos	Técnica de Enfermagem	40	Estatutário	sim
ENT13	Souto Soares	38	Feminino	Casada	Católica	Agente Comunitária de Saúde	6 anos	Agente Comunitária de Saúde	40	Estatutário	não
ENT14	Souto Soares	36	Feminino	Solteira	Católica	Enfermeira	2 anos	Enfermeira Assistencial	40	Contrato	não
ENT15	Iraquara	29	Feminino	Casada	Católica	Dentista	4 anos	Dentista	40	Contrato	não

Fonte: próprio autor (2022)

Observa-se que há uma predominância do sexo feminino na tabela acima, sendo esta feminilização da força de trabalho em saúde uma vertente importante, visto que Soares *et al.*, (2020) aponta o sexo feminino como protagonistas do trabalho doméstico, do cuidado com a família e a criação dos filhos, o que favorece uma maior sobrecarga de trabalho a estas mulheres. O que as colocam em condições de maior exposição ao risco de contaminação pelo COVID-19 (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Quanto à formação profissional, os dados apresentados nos apontam para equipes multiprofissionais da ESF, compostas por enfermeiras, técnicas em enfermagem, médico, dentista e agente comunitário de saúde, além da equipe da secretaria municipal de saúde composta por enfermeira(o), nutricionista e administrador. O que torna possível um trabalho interdisciplinar, ganhando força para enfrentar tamanha complexidade do coronavírus.

### 3.4 Técnicas e instrumentos na coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu de forma exitosa e se configurou como etapa singular para o alcance do objetivo proposto neste projeto. Nesse sentido, foram utilizadas as seguintes técnicas: entrevista semiestruturada e análise documental. Para tanto, alguns instrumentos subsidiaram a realização da pesquisa, como: roteiros de entrevista, diário de bordo e recursos tecnológicos (gravador).

A coleta dos dados primários foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, que segundo Laville e Dionne (1999), é composta por uma série de perguntas abertas feitas de forma verbal em uma ordem prevista, em que o entrevistador pode interagir e acrescentar questões de esclarecimento sem interferir nas respostas.

Nesse sentido, as entrevistas, conforme roteiros mencionados nos apêndices A e B, foram de grande valia para conseguir informação para este estudo. Visto que, ao longo do processo de realização das mesmas, o pesquisador deverá seguir sua própria linha de investigação alinhando as questões que farão parte da conversação, de uma forma não tendenciosa, que também atendam às necessidades da sua proposta de estudo (YIN, 2005).

Na entrevista semiestruturada o pesquisador poderá fazer uso de recursos tecnológicos para melhor ampliação dos registros, a exemplo do gravador, que facilita o processo dos registros e posterior análise, permitindo sanar dúvidas quando necessário. Pode ainda, observar as entonações da voz, a forma como foi dita cada frase, melhorando a compreensão da narrativa. E essas entrevistas têm uma estruturação que é baseada em um questionário, em que a entrevista toma rumos de acordo com os objetivos da pesquisa de forma não tendenciosa (GIL, 2010).

Para coleta dos dados nesta pesquisa, foram utilizados dois questionários (Apêndices A e B) com perguntas direcionadas para realização das entrevistas, sendo um para os trabalhadores da saúde e outro para os gestores, com o objetivo de obter informações mais aprofundadas sobre as suas vivências durante a pandemia. O que permitiu a exploração dos diversos aspectos da vivência destes profissionais durante esse período, incluindo a capacidade instalada dos serviços, as estratégias adotadas para lidar com os desafios impostos pela pandemia e as dificuldades encontradas ao longo desse caminho.

A coleta de dados ocorreu primeiramente com as entrevistas que foram realizadas conforme disponibilidade dos profissionais que atuam nas ESF e que estavam inseridos no contexto da pandemia da COVID-19. Desta forma, houve um planejamento prévio das mesmas com os secretários de saúde e os coordenadores, que se mostraram abertos para que a pesquisa acontecesse.

Esse planejamento foi de suma importância, visto que aconteceu um primeiro contato através de uma breve reunião, em cada município, com os gestores e trabalhadores da saúde para esclarecer a respeito dos interesses da pesquisa e da importância para os municípios diante desse momento de reflexões sobre a organização e inovação dos serviços de saúde para enfrentamento da pandemia.

Esse momento foi destinado a apresentação dos objetivos da pesquisa, para conhecer os participantes, apresentação do objeto de estudo aos mesmos, conhecer o local de pesquisa; promover o agendamento das entrevistas ficando atento a disponibilidade, dia, horário e local; a forma das entrevistas com flexibilização do tempo para os participantes quanto duração das perguntas e respectivas respostas; esclarecer quanto a importância de um ambiente agradável, livre de ruídos e interferências; e apresentar o material para coleta de dados, como o gravador e cadernos de anotações para registros. A partir disso, as entrevistas foram agendadas junto às secretarias e às ESFs.

Diante disso, as entrevistas aconteceram nestes espaços, sendo o local aquele em que o trabalhador já atuava: nas ESF's - nos consultórios em horários que não tinha atendimentos ao público, sala de reuniões para os profissionais de nível médio; nas secretarias – nas próprias salas dos gestores. Além disso, o entrevistador procurou atender aos critérios indicados e os procedimentos que garantiram o sigilo e o seu anonimato, buscando respeitar, a sua integridade, confidencialidade e segurança dos dados obtidos.

A concretização das entrevistas partiu da sistematização defendida por Minayo (2013) e Richardson (2007) com as seguintes etapas: Planejamento das entrevistas – reservou-se uma pasta que continha o roteiro da entrevista, relação com os contatos dos participantes, aparelho

eletrônico, diário de bordo, caneta, termo de consentimento livre e esclarecido, questionário sociodemográfico e o questionário da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu de fato após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da UEFS e autorização de entrada no campo dada pelos Secretários Municipais de Saúde dos municípios de Souto Soares – Ba e Iraquara – Ba, que, de posse das devidas informações e do projeto de pesquisa, deram prévio consentimento para a realização do estudo.

Antes de iniciar as entrevistas foi apresentado e disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), em que especifica os riscos, benefícios e assegura a confidencialidade e privacidade dos participantes. Além disso, foi sinalizado que eles tinham liberdade para escolher o lugar da entrevista, considerando o local mais apropriado. O tempo de duração das mesmas foi de 12 a 35 minutos. As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e setembro de 2022.

Após a leitura e assinatura do TCLE, os entrevistados responderam ao questionário sociodemográfico e às perguntas do roteiro de entrevista de acordo com o APÊNDICE A, para os trabalhadores da saúde e APÊNDICE B para os gestores, que foram gravadas em um aparelho de celular, por meio de software de gravação de áudio. É importante salientar que nenhum entrevistado manifestou interesse em alterar qualquer informação das entrevistas.

A exploração dos dados secundários deu-se através da análise de documentos, tais como: Planos, portarias, orientações oficiais das esferas de governo, relatório de atividades das ESF e das UBS e documentos em geral que possam ter registros sobre ações e serviços de planejamentos e/ou implementados, que estejam relacionados à APS durante a pandemia, como livro de reuniões, de eventos, dentre outros.

Tais fontes de informação, como assevera Yin (2005), foram indispensáveis para construção e valorização das evidências diante do que foi (re)organizado, inovado e implantado no decorrer da pandemia. O que facilitou o processo de coleta de dados e entendimento das ações desenvolvidas no enfrentamento do vírus.

### 3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, que tem na mensagem uma concepção crítica e dinâmica da linguagem. Essa técnica, a partir das comunicações realizadas, busca desvendar, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2016).

Em termos mais específicos, a análise de conteúdo se concretiza a partir de um conjunto de instrumentos metodológicos que descrevem o conteúdo das mensagens de comunicação, tornando possível compreender e interpretar cada unidade decomposta da mensagem original (FLICK, 2004).

Esta pesquisa fez uso do Software de Análise de Dados Qualitativos (SADQ), como sendo um programa que utiliza bancos de dados que possibilita uma extensão na forma com que textos podem ser trabalhados, proporcionando maneiras de administrar e estruturar os aspectos da análise qualitativa (GIBBS, 2009). Desta forma, o uso do SADQ implica em mudanças na forma que tratam os dados qualitativos, uma vez que promovem uma maior facilidade para a visualização de relações entre conjuntos de dados, aumentam a velocidade de resposta através das análises e aumentam a transparência dos trabalhos (EVERS, 2011).

Nesse contexto, adotou-se o Maxqda, pacote lançado em 1989, que permite organizar, avaliar e interpretar os dados coletados, facilitando a criação de relatórios que possibilitam um maior leque de discussões dos resultados. Dentre os dados que podem ser importados para o software estão os resultados de entrevistas, de grupos focais, de questionários online, além de páginas da internet, imagens e arquivos de áudio e vídeo (MAXQDA, 2022).

De fato, Gibbs (2009) aponta as principais funcionalidades incluídas no Maxqda que são: a importação de textos, a criação dos códigos em forma hierárquica, o acesso aos textos codificados, a análise dos textos codificados em seu contexto original, e, a redação de notas ou memorandos. Além disso, outras funcionalidades básicas são indispensáveis a este software, como a organização de documentos em pastas e subpastas, a conversão entre diferentes formatos computacionais e a possibilidade de utilização de imagens, sons, vídeos e documentos multimídia (SCHONFELDER, 2011).

Neste estudo, o Maxqda permitiu o uso de funcionalidades específicas para os processos de transcrição das entrevistas a partir da importação dos áudios, sendo separadas em pastas específicas, codificação e categorização. Este software possibilitou a criação e manutenção da hierarquia de códigos e associação destes a pontos específicos no material analisado.

A interface deste software é dividida em quatro janelas que refletem áreas de extrema importância para o processo de análise de conteúdo: uma janela apresenta a lista de todos os documentos (entrevistas); outra janela mostra a estrutura elaborada de categorias e subcategorias criadas a partir dos códigos; uma janela serve para a leitura, codificação e edição dos documentos selecionados; e a última janela visa à recuperação e verificação dos segmentos codificados.

Cabe destacar que o processo de codificação com o Maxqda permitiu criar e organizar as categorias conforme julgou-se necessário. Na verdade, o software permitiu que as

informações fossem destacadas com cores e símbolos, que transcendem os limites da linguagem. E, isto possibilitou um melhor gerenciamento de dados, ampliando o processo de exploração dos mesmos e a criação e hierarquização de códigos. Além disso, ofereceu maior facilidade para a visualização de relações entre conjuntos de dados.

O Maxqda dispõe de tecnologias que promovem uma maior aproximação do pesquisador com os resultados da pesquisa (RIBEIRO; SERVO, 2019). Assim, a nuvem de palavras é um exemplo que foi utilizada nesta pesquisa. Um elemento lexical simples, porém de fundamental importância, por demonstrar a realidade da pesquisa a partir da frequência das palavras que surgem diante de uma visualização gráfica e com certo grau de semelhança entre elas.

Esta análise da nuvem de palavras permitiu identificar a concorrência entre as palavras e os seus resultados, em que demonstrou a conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual, o que possibilitou a visualização de partes comuns, assim como levantou novas especificidades em função das categorias trabalhadas.

Mesmo com todos esses benefícios, o Maxqda não exclui a importância da leitura do material e do conhecimento analítico do pesquisador. Entretanto, ele pode aumentar a velocidade e a transparência de resposta através das análises do material, pois registra automaticamente as informações realizadas pelo autor.

É junto a este software que a análise de conteúdo ganha força diante da análise e profundidade dos conhecimentos, que de acordo com Bardin (2016) dar-se-á em três etapas:

- A primeira: que engloba a pré-análise, com a leitura flutuante do material, a escolha dos documentos a serem analisados, a preparação e organização do material para sistematização das ideias iniciais. É a partir desta leitura do material, que se pretende obter as primeiras inferências dos resultados obtidos e verificar possíveis inconsistências que pudessem interferir nos resultados da análise. As entrevistas gravadas foram transcritas, em seguida conferidas e corrigidas por meio da gravação.
- A segunda: partiu-se para a exploração do material com leituras críticas-reflexivas, permitindo uma maior compreensão do texto e escolha das unidades de análise (cobertura dos serviços, rede de serviços, recursos humanos, recursos materiais, acesso, serviços prejudicados, medo, profissionais despreparados, aspectos psicossociais, resistência populacional, visita dos ACS, fluxo, intersetorialidade, estratégias, capacitação/educação permanente) e a codificação do material;
- A terceira: como sendo a fase de interpretação e tratamento dos resultados, permitiu-nos a exclusão ou enumeração de todos os dados obtidos com a coleta e posterior

categorização do material em razão das características comuns destes elementos, culminando com a interpretação, fundamentação e discussão final dos achados.

É importante destacar que as unidades temáticas foram distribuídas em categorias de análise de acordo com a semelhança apresentada entre estas unidades. Diante disso, as categorias ficam assim distribuídas: capacidade instalada dos serviços de atenção primária em saúde para enfrentamento da pandemia da COVID-19; dificuldades para a reorganização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19; ações e serviços de saúde implementados pela Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Tendo em vista o uso de fontes de dados diferentes (entrevistas, análise documental e revisão de literatura) este estudo utilizou da triangulação de dados, que segundo Yin (2001) fundamenta-se na lógica de se utilizar várias fontes de evidências para tornar os resultados da pesquisa mais acurados. Que para Trivinhos (1987) esta técnica tem como propósito básico envolver a maior dimensão na descrição, na explicação e na compreensão do objeto em estudo, para uma maior transparência dos resultados.

É interessante notar, com base no apresentado, que a análise de conteúdo é um procedimento que busca reduzir grandes quantidades de dados, focando na resposta dos objetivos propostos, para que o pesquisador compreenda de maneira mais aprofundada o conteúdo e o significado do texto analisado (FLICK, 2004).

### 3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa que envolveu seres humanos, respeitou os aspectos éticos das Resoluções de nº: 466/12, 510/16 e 580/18. Sendo a 466 de 12 de Dezembro de 2012, àquela que exige uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos participantes, contemplando a beneficência, não maleficência, respeito à autonomia, justiça e equidade, o respeito pela dignidade humana, a partir da ótica do indivíduo e suas coletividades, que visa assegurar direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado (BRASIL, 2012).

E mais, a resolução de nº 510 de 07 de Abril de 2016, determina que as pesquisas com seres humanos devem atender ainda exigências éticas e científicas fundamentais. Para isso, é preciso respeito à dignidade dos participantes e reconhecer sua vulnerabilidade e assegurar sua vontade expressa, de forma livre e esclarecida, em participar e permanecer ou não na pesquisa. E ainda, os riscos e benefícios foram avaliados de modo a não comprometer os participantes,

deixando-os livres de danos e garantindo que sejam ressarcidos diante de qualquer perda motivada pela pesquisa (BRASIL, 2016).

No que diz respeito às pesquisas com seres humanos em instituições do SUS, a resolução de nº 580, de 22 de março de 2018, estabelece que as pesquisas devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, e não devem ser confundidas com as atividades de atenção à saúde. Além disso, esta pesquisa prezou pela participação dos trabalhadores sem prejudicar a rotina dos serviços, respeitando os preceitos administrativos e legais da instituição (BRASIL, 2018).

Diante destas determinações, o presente estudo é um subprojeto que está inserido no projeto intitulado “Estratégias e tecnologias para garantir acesso e resolubilidade da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 na macrorregião de saúde centro-leste”, cuja autorização pelo CEP/UEFS, nº CAAE 65693716.7.0000.0053, permitiu a concretização da coleta de dados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), foi aplicado em duas vias, junto aos membros participantes. Desta forma, não será divulgado nenhum dado que possibilite identificar as pessoas envolvidas, respeitando o preconizado pela referida Resolução.

Antes da coleta de dados os participantes foram informados a respeito dos objetivos, riscos, benefícios, relevância social e metodologia utilizada para se compreender a dinâmica da coleta de dados frente ao processo de reorganização dos serviços de atenção primária em saúde no enfrentamento da COVID-19.

## 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta sessão do estudo foram apresentados, analisados e discutidos os dados coletados que revelam aspectos sobre a reorganização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19, nos dois municípios que foram campo de estudo. Para um melhor entendimento, esta produção textual será estruturada conforme as seguintes categorias de análise: Capacidade instalada dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) para enfrentamento da pandemia da COVID-19; Dificuldades para a reorganização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19; Ações e serviços de saúde implementados pela APS.

Sem desconsiderar a importância da atenção especializada voltada para os casos mais graves da COVID-19, é preciso reconhecer o enorme conjunto de ações e estratégias que podem ser implementadas no âmbito da APS para prevenção, cuidado e controle da epidemia.

### 4.1 Capacidade instalada dos serviços de APS para enfrentamento da pandemia da COVID - 19

A identificação da capacidade instalada dos serviços de APS para o enfrentamento da pandemia em curso constitui uma estratégia importante para compreender como os serviços estavam organizados e de que forma estes passaram por um processo de reorganização nos municípios analisados. Para isso, esta pesquisa recorreu a entrevistas, além da análise documental, protocolos adotados e registros em livros das unidades. Nesse sentido, buscou-se identificar os aspectos relacionados com a estrutura, funcionamento e organização dos serviços da APS durante a pandemia da COVID-19, envolvendo vigilância, atenção básica e gestão dos serviços de saúde.

Diante disso, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o município de Iraquara possui uma rede de saúde com 01 Secretaria Municipal de Saúde, 09 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 01 Hospital particular conveniado ao SUS, 01 Policlínica, 01 Centro de Reabilitação, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 01 Academia da Saúde (CNES, 2022).

No que tange ao processo de reorganização dos serviços, nas ESF houve a criação de espaço extra para atendimento dos casos suspeitos da COVID-19, além de ocorrer alteração do fluxo interno, em que os usuários passaram a circular por espaços alternativos. Junto ao serviço

ambulatorial foram criados espaços para receber os casos suspeitos e promover a realização de testes (centro COVID-19 e gripário). Assim como no serviço hospitalar, observa-se a alteração organizacional pela estruturação do isolamento para pessoas com COVID-19.

Nos trechos das entrevistas destacadas a seguir, os trabalhadores falam sobre os serviços oferecidos no município de Iraquara:

Nós temos nove unidades de saúde, uma policlínica, onde foi montada uma sala vermelha, em todas as unidades são feitos os testes rápidos para COVID-19 [...] (ENT 1).

O hospital teve que reformular, foi criado isolamento, que antes não tinha, foi criado também o centro COVID-19, que foi para testagem (ENT 2).

Hoje nós temos nove unidades básicas de saúde, todas com a equipe completa (ENT 4).

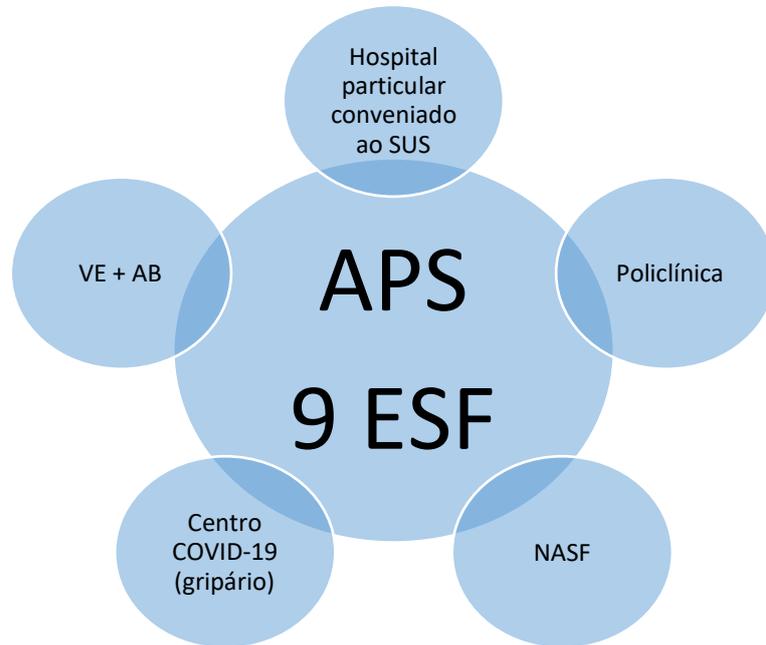
[...] e a gente tem nove unidades de posto de saúde (ENT 6).

Percebe-se, de acordo com as entrevistas, que os serviços passaram por um processo de reorganização para melhor enfrentamento da pandemia. Vale destacar que a Atenção Primária à Saúde é ponto determinante dentro da rede, pois abrange uma cobertura que atinge os diversos pontos em que a população está inserida.

É nesse contexto que Giovanella *et al.* (2022) afirmam que a reorganização dos serviços de APS é um imperativo. Além de apontar a APS como ponto estratégico para acolher os casos infectados, que, em sua maioria, são assintomáticos ou apresentam formas leves da doença, com indicação de isolamento domiciliar, busca ativa de contatos e apoio à quarentena, que podem ser monitorados por este primeiro nível de cuidado e encaminhados a outros serviços da rede SUS, oportunamente, conforme necessidade.

A distribuição das redes de atenção a seguir configuram-se como modelos meramente ilustrativos para melhor observar como os serviços estão organizados dentro deste município em estudo:

FIGURA 1: Distribuição dos serviços de saúde ofertados pelo município de Iraquara – BA durante a pandemia da COVID-19.



Fonte: próprio autor (2022)

A figura 1 representa a articulação entre os serviços de saúde do município de Iraquara, assim como a centralidade da atenção primária junto aos demais serviços de apoio. Esse contexto pandêmico foi determinante para promover uma maior aproximação destes serviços, em que foram utilizados caminhos promissores para fortalecer as ações, tais como: comunicação entre os profissionais de saúde, compartilhamento de informações e dados clínicos relevantes, colaboração em protocolos de atendimento e condutas clínicas, ações interdisciplinares de atenção à saúde. Estas estratégias podem ser identificadas no livro de registro da ESF e durante o processo de visita da rede, bem como a partir das entrevistas, sendo indispensáveis para lutar pela continuidade do cuidado ao paciente numa perspectiva de abordagem integral à sua saúde.

Hospital de pequeno porte, para atender urgência e emergência, tinha dia que a gente tinha pacientes internados nos corredores, com o tempo fomos nos adequando, aí viu a necessidade de um gripário, que desafogou as demandas do hospital, os programas de rotina foram voltando aos poucos a ser ofertados na unidade, porque o gripário deu assistência aos pacientes com sintomas gripais e sintomas da COVID-19 (ENT 5).

[...] se for um paciente que precise de hospitalização, acontece o encaminhamento também, a gente tem essa comunicação com a vigilância epidemiológica e a rede hospitalar também (ENT 2).

[...] tem a equipe multidisciplinar que a gente chama antes como NASF, que ajuda na equipe de apoio, nos PSF's, nas ações, esse trabalho de parceria com a gente (ENT 13).

Mesmo a figura 1 deixando claro a centralidade da APS, o fluxo dos usuários, no primeiro momento foi, prioritariamente, para o hospital, ficando os serviços da atenção primária com os serviços de assistência continuada como o pré-natal, hipertensão, diabetes, vacinação, entre outros. Posteriormente, a APS vai ganhando força e mostrando o seu verdadeiro potencial de capilaridade junto a toda população, fornecendo orientação inicial ao paciente, identificando problemas de saúde e oferecendo tratamento ou referindo o paciente a um serviço secundário se necessário; promovendo a referência, em que o paciente é encaminhado a um serviço secundário para ser realizado um atendimento mais especializado, caso haja necessidade, o profissional de atenção primária mantém o contato com o paciente e com o serviço secundário, fornecendo informações e dados relevantes. Este fluxo permite que o cuidado ao usuário seja contínuo, integral e eficiente, garantindo a qualidade da atenção à saúde e a satisfação dos pacientes (IRAQUARA, 2021).

Diante disso, segue a caracterização desses serviços apresentados na figura 1, baseados no protocolo municipal de Iraquara (2021), indispensável para entender a relação desses serviços, a partir da funcionalidade e capacidade de articulação dentro da rede para enfrentamento da COVID-19:

- O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, por meio do apoio às equipes de saúde da família. Durante a pandemia da COVID-19, estes serviços do NASF passaram por um processo de reorganização para atender às necessidades específicas da população e das equipes de saúde, por meio de orientações, treinamentos e disponibilização de materiais informativos sobre a COVID-19, além do suporte à saúde mental.

- A vigilância epidemiológica (VE) e atenção básica (AB) na pandemia da COVID-19 enfatizaram a importância da relação entre ambas na resposta à doença. Isto porque desempenharam papéis importantes na prevenção, controle e tratamento da COVID-19. A VE na responsabilidade de monitorar a ocorrência de casos da doença na população, identificar tendências e padrões de transmissão, investigar surtos e notificar os casos. Isso permitiu que as autoridades de saúde pública pudessem tomar decisões e orientar ações para controlar a propagação da doença. Enquanto que a AB, por ser porta de entrada do sistema de saúde, assumiu a responsabilidade do atendimento de grande parte da população. Além disso, a atenção básica teve um papel crucial na triagem e identificação dos casos suspeitos da COVID-

19, orientação sobre medidas preventivas e encaminhamento dos casos para serviços especializados, quando necessário.

- O hospital desempenhou junto à população e em parceria com a atenção primária, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), funções importantes capazes de promover o cuidado aos usuários vítimas da pandemia. Essa relação entre o hospital de pequeno porte e a ESF foi baseada em uma parceria e cooperação mútua. O hospital atuou como referência para a ESF, atendendo os casos mais graves, por sua vez, a ESF atuou como um importante canal de comunicação entre o hospital e a população, realizando ações de prevenção e promoção da saúde, orientando sobre os cuidados básicos e identificando precocemente os casos que necessitavam de atendimento especializado. Além disso, a ESF é determinante no processo de organização do fluxo de atendimento entre a atenção primária e o hospital, evitando o encaminhamento desnecessário de pacientes e garantindo um atendimento mais resolutivo e efetivo.

- A policlínica é um espaço onde, antes da pandemia, funcionavam os serviços secundários com ambulatório de consultas especializadas. Neste período pandêmico, foi reestruturada para suprir as demandas de prevenção e controle da COVID-19, como a recepção de usuários para identificar possíveis casos da infecção com a realização de testes, além de promover o encaminhamento dos casos graves para o hospital.

- O gripário foi uma inovação responsável por realizar a triagem dos pacientes, encaminhando-os para o tratamento adequado, seja para o isolamento domiciliar, para o atendimento na própria unidade de saúde ou para uma unidade hospitalar em caso de necessidade. E ainda, tem um papel importante na realização de testes para diagnóstico da COVID-19, na coleta de amostras para exames laboratoriais e na realização de testes rápidos, contribuindo para o controle da disseminação do vírus.

Sabe-se que no início da pandemia da COVID-19, o usuário buscava primeiramente o hospital, o que foi sendo modificado aos poucos a partir do avanço das informações e implantação dos protocolos de cuidado. Desta forma, deu-se início aos atendimentos na atenção primária, que recebia e avaliava os casos com sintomas leves ou moderados. Se o usuário apresentou sintomas graves ou complicações, ele era encaminhado para o hospital.

As falas a seguir são voltadas para o município de Souto Soares que possui na estruturação da sua rede de serviços: 01 Secretaria Municipal de Saúde, 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 06 Estratégia de Saúde da Família (ESF), 03 Postos de Saúde (postos satélites), 01 Hospital Municipal, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 01 Academia da Saúde (CNES, 2022).

Para nós tem o centro de saúde, aqui são seis PSF, seis unidades de saúde da família (ENT 3).

[...] nós não temos nenhuma área descoberta sem agentes comunitários de saúde, temos 100% de cobertura em todos PSF's (ENT 5).

No município tem seis unidades básicas [...] (ENT 13).

[...] com o tempo fomos nos adequando, aí viu a necessidade de um gripário, conseguimos sim dar assistência sim a nossa população, aí a gente desafogou as demandas do hospital (ENT 5).

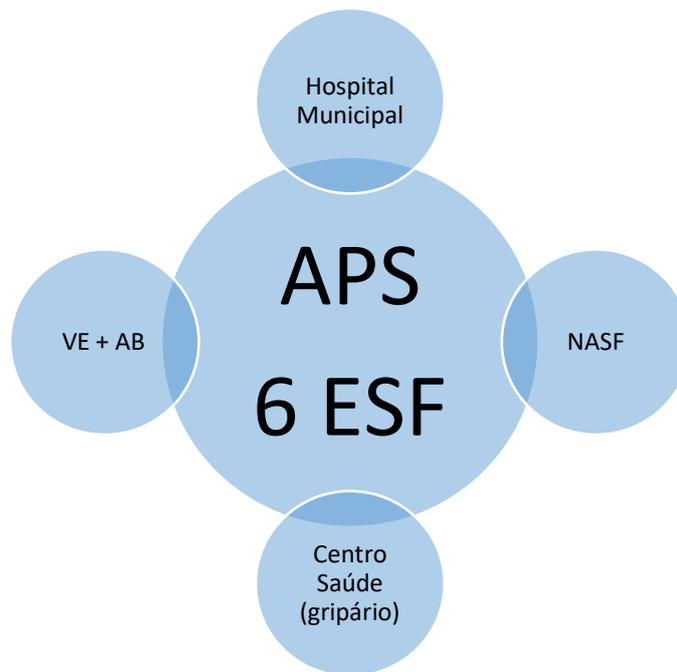
Observa-se que, nos dois municípios, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi fundamental na cobertura da atenção primária durante a pandemia da COVID-19, devido a sua abordagem integral e comunitária. Este serviço possui equipes de saúde estabelecidas nas comunidades, o que permitia ao paciente ter acesso à atenção primária próxima de sua residência, além de promover a triagem de casos em espaços criados especificamente para esse atendimento, promoveu a identificação dos pacientes que precisavam ser encaminhados para os serviços secundários, como é o caso do gripário ou hospital; proporcionou o acompanhamento de casos, garantindo a continuidade do cuidado e evitando a hospitalização desnecessária; executou o processo de prevenção, difundindo informações sobre medidas de prevenção e proteção nas comunidades. E mais, a ESF ajudou a aliviar a sobrecarga nos serviços de saúde, garantindo que pacientes com sintomas gripais e outras doenças crônicas continuassem a ter acesso às ações da atenção primária. A alta cobertura da ESF na pandemia da COVID-19 reforça a importância da atenção primária na saúde pública e sua capacidade de responder a desafios como a pandemia.

Como se pode observar nas falas dos entrevistados, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma política que busca o fortalecimento da APS no Brasil. Nesse sentido, a ESF tem uma responsabilidade fundamental no que diz respeito à atenção primária como primeiro nível de atenção em saúde e gerenciadora da maioria das necessidades de saúde da população (MEDINA *et al.*, 2020).

Em ambos municípios foi criado o serviço do gripário como sendo um espaço idealizado na pandemia da COVID-19 com o objetivo de atender pacientes com sintomas gripais, incluindo a COVID-19, sem a necessidade de ir a um hospital ou clínica. Seu funcionamento incluía a triagem telefônica ou presencial, onde um profissional de saúde avaliava os sintomas apresentados pelo usuário e, caso fosse identificado que se tratava de um caso da COVID-19 ou outra infecção respiratória, ele era encaminhado para o tratamento adequado, sendo posteriormente monitorado e acompanhado com as devidas orientações (IRAQUARA, 2021).

Este serviço está entre as estratégias de maior destaque em virtude da sua importância para controlar a propagação da COVID-19 e garantir que pacientes com sintomas gripais recebessem o devido atendimento, sem colocar em risco outros usuários da rede, como atenção primária e hospital.

FIGURA 2: Distribuição dos serviços de saúde ofertados pelo município de Souto Soares – BA durante a pandemia da COVID-19.



Fonte: o próprio autor (2022)

A ilustração representada na figura 2, assemelha-se com o município de Iraquara apresentado na figura 1, visto que são cidades de pequeno porte, além de apresentarem condições socioeconômicas e demográficas equivalentes. Diante disso, nota-se uma APS fortalecida diante de uma alta cobertura da ESF e com um centro de saúde (gripário) no qual funcionava os serviços de apoio aos usuários com suspeita da COVID-19.

Diante desse contexto e fazendo um paralelo entre os planos de contingência destes municípios em estudo, percebe-se que os serviços de saúde de Souto Soares (Hospital Municipal, Centro de Saúde ou Gripário, NASF, Vigilância e Atenção Primária à Saúde), possuem características de funcionalidade muito semelhantes, conforme já descritas anteriormente para o município de Iraquara.

E ainda, nota-se que em ambos municípios estudados, os serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF) possuem elevada cobertura, ganhando destaque dentro da rede. Diante disso, é válido salientar que os atributos de responsabilidade territorial, orientação comunitária e forte

capilaridade, presentes na APS em todo o território nacional, são os mais adequados para situações pandêmicas como esta (MEDUBA *et al.*, 2020).

Porém, de acordo com a entrevistada 5, inicialmente, foram priorizados os serviços de atenção hospitalar e ambulatorial. Contudo, viu-se a necessidade de implementar alguns serviços a nível de APS para desafogar o hospital, a exemplo do gripário.

[...] hospital de pequeno porte, para atender urgência e emergência, tinha dia que a gente tinha pacientes internados nos corredores, com o tempo fomos nos adequando, aí viu a necessidade de um gripário, conseguimos dar assistência a nossa população, aí a gente desafogou as demandas do hospital, os programas de rotina foram voltando aos poucos a ser ofertados na unidade, porque o gripário deu assistência aos pacientes com sintomas gripais e sintomas da COVID-19 (ENT 5).

Desta forma, percebe-se que o formato hierarquizado e fragmentado, condizente com o modelo hospitalocêntrico, é o que melhor se adequa aos serviços analisados em estudo, visto que, de acordo com os relatos apresentados, houve, de início, uma maior concentração dos atendimentos na atenção hospitalar e ambulatorial e, somente a partir de uma sobrecarga hospitalar, é que houve uma reorganização e um direcionamento dos atendimentos para os serviços de atenção primária.

A reorganização para garantir uma assistência segura e de qualidade inclui as limitações estruturais que é ponto indispensável no enfrentamento da pandemia da COVID-19. No contexto brasileiro, Sarti *et al.* (2020) citam, entre as estratégias e ações específicas para o enfrentamento da pandemia, a presença de profissionais de saúde capacitados; espaço físico adequado para atender casos suspeitos de COVID-19.

De acordo com as entrevistas, a Atenção Primária em Saúde (APS) ganha destaque com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como sendo porta de entrada estratégica para enfrentamento da pandemia da COVID-19. Considerando que a atenção primária é onde a maioria dos cuidados de saúde ocorre, é preciso desvendar estratégias para melhor sustentar os seus serviços e responder às necessidades locais da pandemia (HUSTOM *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, conhecer a rede de atenção primária à saúde é fundamental para entender o transcurso da pandemia da COVID-19, pois é nessa rede que se concentram os serviços essenciais do sistema de saúde municipal. Esta discussão prévia dos serviços de saúde destes municípios é importante para melhor conhecer a rede municipal de saúde, o que poderá ampliar o leque de percepções diante das entrevistas e aprofundar os achados da pesquisa.

A capacidade instalada dos serviços da atenção primária através da ESF está relacionada ao potencial que este nível de atenção possui para promover um cuidado adequado e eficaz à população. Para isso, mesmo de posse do conhecimento da rede, faz-se necessário considerar

outros fatores que implicam na prestação de serviços à população que, aqui neste estudo, é discutido como a disponibilidade tanto de equipamentos, materiais e instalações físicas, como dos recursos humanos suficientes e qualificados para combater qualquer episódio que venha ameaçar a vida humana.

Para que a APS possa desempenhar plenamente seu papel na promoção da equidade em saúde, é essencial que ela seja fortalecida e estruturada de forma adequada. Isso vai requerer, por um lado, mudanças organizacionais em função de cada realidade local (ENGSTROM *et al.*, 2020). Além de incluir investimentos em recursos humanos, infraestrutura, tecnologia, sistemas de informação e gestão, bem como a adoção de práticas baseadas em evidências e a participação da comunidade no planejamento e na implementação das políticas de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2021; SARTI *et al.*, 2020).

Igualmente importantes estão os fluxos e os protocolos definidos para o acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde e da gestão, favorecendo uma reorganização do processo de trabalho, ambiência das unidades de saúde, incorporação de equipamentos, insumos e recursos humanos, entre outras estratégias, para mitigar os efeitos da pandemia. Este estudo observou adaptações favoráveis e reorganização dos processos de trabalho nas ESF. Nesse contexto, é relevante destacar o poder e a capacidade dos trabalhadores da APS para promover mudanças e adaptações em cenários adversos (SOUTO SOARES, 2021).

No que tange aos recursos humanos na ESF, estas unidades contaram com a equipe mínima completa, caracterizando uma equipe multiprofissional. Porém é fundamental investir na formação e capacitação dos profissionais, bem como na valorização do trabalho realizado pelos mesmos (GUIMARÃES *et al.*, 2020). Dessa forma, é possível garantir a qualidade do atendimento prestado à população e fortalecer a atenção primária à saúde não só diante desta pandemia, mas com capacidade para enfrentar outras adversidades (LI *et al.*, 2020).

É diante desse contexto que o Ministério da Saúde afirma que as estratégias de saúde da família têm o papel marcante no monitoramento de casos suspeitos e confirmados da COVID-19, além de realizar atividades que promovam o cuidado integral e equânime à comunidade. Durante a pandemia, essas equipes precisam estar munidas não só de equipamentos e insumos, mas também de um quadro de pessoal capacitado para lidar com a doença e continuidade de outros agravos pré-existentes (BRASIL, 2020).

Para garantir a segurança dos usuários e da equipe de trabalho nestes municípios, a ação inicial adotada foi a reestruturação do plano de trabalho e do fluxo de atendimento da ESF, baseado no protocolo municipal. Os registros dos livros de educação permanente apontam que

todos os profissionais foram qualificados acerca das recomendações do MS e orientados sobre a nova forma estabelecida para o processo de trabalho da equipe.

Estes campos de estudo desta pesquisa apontam que as estratégias planejadas estão voltadas para a reorganização do fluxo da ESF, objetivando a redução do risco de infecção pelo novo coronavírus no serviço, somadas a ações de educação em saúde que visam à promoção da saúde e à prevenção de agravos, bem como à realização de monitoramento de casos suspeitos e confirmados da doença e à continuidade do cuidado da população assistida pela unidade (FERNANDEZ *et al.*, 2020; GUIMARÃES *et al.*, 2020). Que para Vitória e Campos (2020) esse contexto de reorganização do processo de trabalho na APS frente à pandemia se faça de modo a preservar os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária

#### 4.2 Dificuldades para a reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID-19

Esta categoria vem apontar as dificuldades encontradas pelos municípios analisados para a reorganização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19, que buscou trabalhar o cenário desafiador imposto pela maior crise sanitária já vista em todo mundo.

Dentre os desafios apontados para reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID-19, estão as dificuldades relacionadas aos recursos materiais, como os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e os insumos que são indispensáveis para funcionamento dos serviços de saúde. Assim, a disponibilidade dos mesmos e seu uso são medidas para minimizar a transmissão da COVID-19, sendo essenciais para garantir condições seguras de trabalho, proteger os trabalhadores, bem como a população, ao reduzir as fontes de disseminação do vírus (MEDINA *et al.*, 2020).

Desta forma, o que se pode observar nas falas dos entrevistados é uma constância na falta tanto dos EPI, quanto dos insumos, sobretudo, por não haver a disponibilidade dos mesmos para a compra:

Foram muitas dificuldades, principalmente em relação à questão da máscara, álcool em gel, luva, o mundo todo queria a mesma coisa, então assim teve um momento que teve a dificuldade em relação a aquisição (ENT 2).

Eu acho que faltaram materiais para trabalho, faltou justamente por isso por ser um momento complicado (ENT 3).

[...] faltaram não só máscaras, mas álcool em gel, álcool líquido, até o cloro ficou numa situação difícil (ENT 4).

[...] a dificuldade é comprar o EPI que não era ofertado pelas empresas (ENT 5).

De fato, a disponibilidade destes EPIs é essencial para o enfrentamento da pandemia e a segurança de profissionais e pacientes. Na APS era ainda insuficiente depois de três meses de pandemia, com escassez de insumos e difícil acesso a testes necessários para diagnóstico, vigilância e cuidado de doentes. Não estavam disponíveis em quantidade suficiente nas UBS para a grande maioria dos profissionais: oxímetro (64%), termômetro infravermelho (81%) e oxigênio (65%) (GIOVANELLA *et al.*, 2022).

Foi nesse mesmo contexto, de insuficiência dos EPIs, que a China passou por dificuldades diversas no suprimento desses materiais. Circunstância esta que aumentou o risco de infecção por profissionais de saúde, comprometendo o controle na disseminação do vírus e a qualidade da assistência (WANG, ZHOU, LIU, 2019).

Diante disso, Teixeira *et al.* (2020) aponta a proteção do cuidado dos profissionais de saúde como ponto fundamental para evitar a transmissão da COVID-19 nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios dos mesmos, sendo necessário adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar EPIs, incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas.

Os recursos humanos também foram apontados como elementos determinantes para a reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID-19. Sendo estes recursos ponto de preocupação para os gestores da saúde no decorrer da pandemia em decorrência da necessidade de ampliação da equipe de profissionais, qualificação e remanejamento, conforme falas a seguir:

[...] o centro COVID-19 precisou contratar médicos para atender lá, porque a unidade não dava conta, então teve que reestruturar (ENT 2).

[...] Profissionais e mão de obra, dificultou muito, muitos profissionais adoeciam e entravam com atestado, e para você repor esse profissional, profissionais novos não queriam trabalhar com a pandemia (ENT 4).

[...] faltaram mais profissionais qualificados, mais equipamentos (ENT 12).

[...] porque faltava funcionário e ficava defasado [...] a gente não estava preparado para essa pandemia, aí quando chegou, todo mundo se assustou, ninguém sabia como agir (ENT 14).

Tal problemática evidenciada no decorrer da pandemia já vinha sendo sistematizada e discutida por estudiosos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) quanto a

necessidade de uma política de desenvolvimento de recursos humanos em saúde que valorize o planejamento, a regulação das relações de trabalho e a educação permanente dos profissionais e trabalhadores do setor, na contramão do que vem se observando no cotidiano da gestão do SUS ao nível federal, estadual e municipal (PINTO *et al.*, 2018).

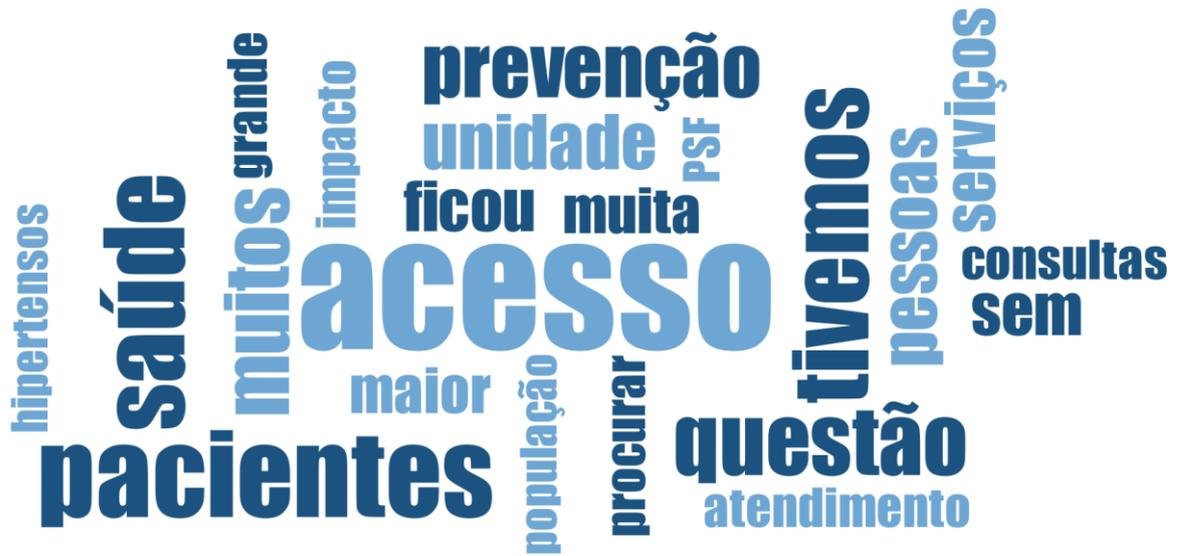
Nesse contexto, Teixeira *et al.* (2020) discorre sobre a inexperiência dos profissionais contratados acerca dos procedimentos a serem adotados no enfrentamento da pandemia, o que demanda um esforço redobrado em termos de capacitação e educação permanente desses profissionais.

Essa necessidade de repensar a força de trabalho a partir da demanda exigida pela pandemia da COVID-19 é um imperativo. Essa percepção, anterior a pandemia, vem sendo debatida também por Machado e Ximene (2018) quanto à disponibilidade e distribuição das diversas categorias profissionais para atender às necessidades de funcionamento adequado dos serviços, nos diversos níveis de atenção, quanto os problemas relacionados à gestão do trabalho, isto é, os mecanismos de contratação, qualificação e valorização da força de trabalho no setor.

Uma outra dificuldade no decorrer da pandemia da COVID-19 foi relacionada ao acesso às ações e aos serviços de saúde, que ficou prejudicado em virtude de algumas barreiras que foram se alastrando e dificultando a relação entre os usuários e os serviços da APS.

Nesse sentido, este estudo adotou recursos tecnológicos para melhor sistematizar a análise e discussão dos resultados voltados para o acesso, adotando o programa Maxqda (2022) que disponibiliza estratégias para melhor visualização e entendimento dos achados. Assim, a nuvem de palavras da figura 3, referente às dificuldades enfrentadas para reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID-19, ilustra as palavras que mais se destacaram no decorrer das entrevistas. Além disso, aquelas que estão em destaque são as que foram citadas com maior frequência, possuindo as demais palavras uma correlação direta de proximidade de sentidos, a saber: saúde, dificuldade, medo, acesso, atendimento, entre outras.

Figura 3 - Nuvem de palavras referente às dificuldades enfrentadas para reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID-19



Fonte: Maxqda (2022)

Estas palavras representadas na nuvem, apresentam semelhanças entre as respostas dos entrevistados, o que proporciona a interrelação entre os textos e fortalece os achados a partir da constância das falas diante de tudo que foi vivenciado no decorrer da pandemia da COVID-19.

De fato, fica claro nas falas dos entrevistados alguns pontos que repercutem diretamente na qualidade da assistência ofertada aos usuários, como a redução do número de atendimentos, distanciamento social, suspensão de visitas, etc. E isso, torna o acesso inadequado aos cuidados primários que é uma grande preocupação que os sistemas de saúde enfrentam em todo o mundo e uma alta prioridade para suas populações, profissionais de saúde, formuladores de políticas e tomadores de decisão (BRETON *et al.*, 2022).

O acesso desses usuários muitas vezes nós tivemos que diminuir essa quantidade de atendimentos, por causa do distanciamento [...] (ENT 2).

O isolamento social, então, a maior dificuldade foi essa, porque a prevenção, as medidas preventivas da COVID-19 restringia a população a serviço de atenção primária (ENT 5).

[...] suspenderam as visitas, então não tinha como ter contato entre os pacientes e atenção básica (ENT 6).

Impactou bastante porque o acesso ele diminuiu, teve as portarias e os decretos, justamente orientando a gente a diminuir [...] (ENT 8).

A COVID-19 catalisou uma rápida e substancial reorganização da atenção primária, acelerando a disseminação de novas estratégias para sanar as lacunas criadas pela pandemia e

ampliar o acesso aos serviços de saúde. Muitos eram os entraves a serem trabalhados, a exemplo do distanciamento social, redução do número de atendimentos de usuários com problemas crônicos, dificuldades de informações (GRAY, SANDERS, 2020).

Esse acesso aos cuidados de saúde primários foi em parte dificultado devido à suspensão ou adiamento da prestação de serviços e, em parte, devido a uma redução no comportamento de procura de cuidados, motivada tanto pelo medo em relação à infecção como por mensagens coordenadas e campanhas educativas que incentivam a população a evitar a utilização dos serviços de saúde sempre que possível.

De fato, a pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo nas dimensões do acesso à atenção primária à saúde, como é o caso da redução de consultas médicas presenciais devido a medidas de distanciamento social e medo de infecção. Isso pode ter levado a um aumento nas condições de saúde não diagnosticadas ou inadequadamente tratadas nesse período pandêmico (BORGES *et al.*, 2020).

Ainda segundo Borges *et al.* (2020), em relação a dificuldade de acesso a consultas e realização de exames solicitados, a dificuldade no acesso a medicamentos pode ser considerado um fator de relevância na piora de doenças crônicas. O que corrobora com Freitas *et al.* (2018), em que pacientes hipertensos e diabéticos que necessitam do uso contínuo e regular de medicações específicas, podem entrar em risco de descontrole clínico da doença.

Os usuários meio que ficaram sem acesso, porque os dentistas foram encaminhados para a barreira (ENT 10).

O acesso foi limitado, travaram os desenvolvimentos de ações e serviços, na realidade só funcionou no tempo da pandemia as urgências (ENT 13).

Diante dessas falas pode-se observar que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos usuários da atenção primária à saúde está relacionada também com o remanejamento de profissionais de saúde para outras ações dentro do município, como é o caso das barreiras sanitárias. Além das orientações promovidas pela própria gestão quanto ao risco de exposição e infecção pelo coronavírus, o que pode ter motivado estes indivíduos a não buscarem os serviços de saúde (IRAQUARA, 2021).

Com a pandemia, as prioridades de saúde mudaram, direcionando uma maior atenção às doenças relacionadas a COVID-19 em detrimento de outras condições de saúde. Houveram algumas dificuldades no cuidado à saúde, como no agendamento de consultas, no cancelamento de consultas marcadas anteriormente, na realização de exames solicitados e em conseguir medicamentos (BORGES *et al.*, 2020).

Todos esses desafios impostos pela COVID-19 reforçam a necessidade da Cobertura Universal de Saúde (CUS) como princípio indissociável desse contexto, pois estimulou a viabilização de medidas para ampliar o acesso aos serviços de saúde, o que impõe desafios tanto para gestão municipal quanto para gestão das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) (DAUMAS *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020). Desafios estes que se façam de modo a preservar os atributos da APS: acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagens familiar e comunitária (MEDINA *et al.*, 2020).

De fato, usuários com acesso adequado aos cuidados da atenção primária de alta qualidade têm mais cuidados preventivos, melhor gerenciamento de doenças crônicas, menos visitas ao departamento de emergência e hospitalizações, maior satisfação e melhor coordenação de cuidados e resultados de saúde (BRETON *et al.*, 2022).

Diante de tudo que foi mencionado, torna-se indispensável manter o acesso à atenção primária fortalecido e a gestão contínua de todos os problemas de saúde que impactam a população local. Para isso, é preciso ampliar o planejamento e a organização de cuidados primários diante das necessidades de saúde de todos os indivíduos, em particular para aqueles com maior necessidade no enfrentamento da pandemia.

A descontinuidade da atenção à saúde foi ponto marcante dos resultados enquanto fator de dificuldade para manter o cuidado em saúde, visto que muitos foram os serviços prejudicados com a chegada repentina da pandemia. Falas que se seguem nos conduz a inúmeras reflexões sobre os possíveis danos que esta descontinuidade das ações podem trazer para os usuários. E isso não se relaciona apenas aos cuidados de situações crônicas (hipertensos, diabéticos) mas também de promoção e prevenção (gestantes, vacinas, exames citopatológicos).

[...] muitos serviços nós tivemos que suspender, o exemplo da coleta de citopatológico, muitos pacientes hipertensos e diabéticos muitas vezes eles ficaram sem acompanhamento (ENT 2).

[...] nós tivemos um impacto grande nas consultas de hipertensão e diabetes, deixavam de frequentar, inclusive hoje o número de infartos e AVC aumentou, e a gente acredita que foi por falta da assistência mesmo (ENT 5).

O acompanhamento de hipertensos e diabéticos foram os mais prejudicados, eu acredito que odontológico também [...] hipertensos e diabéticos, como é um grupo de risco para COVID-19, principalmente idoso, deixa de vir (ENT 6).

[...] começou mesmo na pandemia, começou a fechar tudo, todos os tratamentos tiveram que ser interrompidos (ENT 10).

E Kidd (2020) enfatiza a importância em manter a capacidade funcional das práticas gerais a partir dos cuidados de saúde primários, de forma ampla, para garantir a prestação

contínua de serviços a toda comunidade para avaliação e gestão de condições agudas, crônicas, de saúde mental, além de medidas de promoção e prevenção.

Diante de todas essas incertezas o medo do contágio é um fato, como se pode observar a suspensão de atividades em UBS e uma importante queda no número de atendimentos na APS, cuja continuidade pode levar a complicações e problemas por falta de cuidado aos portadores de doenças crônicas. Além disso, as gestantes, crianças menores de cinco anos, hipertensos e diabéticos, idosos continuam precisando de atenção e cuidado continuado, ao mesmo tempo que integram os grupos de maior risco para COVID-19 (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Foi diante desse contexto de alterações repentinas nesta pandemia, que se fez necessária a reorganização dos serviços para dar continuidade a atenção dos usuários, fazendo-se necessário estabelecer novas formas de cuidado. Esse novo caminho desafiador urgia por uma ESF que permanece de portas abertas, atendendo aos casos necessários, mas com restrições, resolvendo o que fosse possível à distância e reduzindo os atendimentos presenciais. Mesmo com as restrições, os ACS são pontos estratégicos para apoiar famílias e acompanhar grupos por meio de visitas peridomiciliares (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Apesar do coronavírus infectar pessoas de todas as idades, existe uma prevalência de complicações entre dois grupos: os idosos e os que têm comorbidades preexistentes. Nesse sentido, as falas dos entrevistados se voltam, prioritariamente, para a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) que são dois dos principais fatores de risco para a mortalidade pela COVID-19 (SANTOS *et al.*, 2021).

Além disso, esse adiamento dos cuidados da APS frente aos grupos mais vulneráveis (incluindo idosos, mulheres grávidas e pessoas com problemas crônicos) em virtude do distanciamento social e do medo de se infectar, prejudicaram a atenção dos serviços desses grupos. E mais, as falas nos permite perceber que as medidas de distanciamento físico, quarentena e lockdown da COVID-19 têm impacto na vida social, gerando novos problemas de saúde, que aumentam ainda mais a necessidade de cuidados.

Neste mesmo contexto, Rawaf *et al.* (2020) discorre sobre este declínio nos cuidados primários apontados pelos participantes deste estudo, relacionados à COVID-19, o que levantou preocupações sobre a qualidade da assistência destes pacientes com problemas crônicos de saúde. Esta realidade é comprovada por dados recentes do Reino Unido que, embora a mortalidade por todas as causas registrada tenha sido menor do que o normal nos últimos meses, no primeiro semestre de 2020 houve um aumento no excesso de mortalidade por todas as causas.

Diante disso, evidencia-se um cenário em que a adoção de intervenções não farmacológicas se torna fundamental para a prevenção de casos graves da infecção, uma vez que muitos dos fatores agravantes são preveníveis, e garantir um estilo de vida mais saudável para a população refletiria de forma positiva no combate a pandemia (NUNES *et al.*, 2020).

Sabe-se que o cuidado a pessoas com doenças crônicas exige a oferta de consultas, exames e procedimentos, que são programados com certa periodicidade e de acordo com a estratificação de risco e necessidades individuais dos doentes. Dessa forma, como consequência da paralisação de muitos serviços de saúde considerados não-urgentes, a pandemia da COVID-19 pode ter gerado repercussões no manejo ideal das doenças crônicas, como apresentado neste estudo (BRASIL, 2013).

Outros impactos, não menos importantes, que foram citados pelos entrevistados, nas falas que se seguem, foram as ações de promoção e prevenção da saúde, que nesta pandemia, foram altamente prejudicadas, o que dificultou a continuidade do cuidado e do acesso aos serviços de saúde.

Era para distanciar, então todas as atividades que eram palestras, atividades, no momento foi complicado, não podia ter aglomeração, não podia ter atendimentos (ENT 3).

[...] a parte pior desse foram as atividades educativas, que a gente não pode aglomerar mais, não pode fazer nenhuma reunião (ENT 12).

O impacto foi negativo na questão da limitação, todos os serviços na realidade e ações de promoção e prevenção foram comprometidos, as reuniões do grupo, e a questões comunitárias e de educação sofreram muito impacto (ENT 13).

Em virtude da sua capilaridade e atuação no território, os serviços de APS são responsáveis pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cuidado que envolve uma enorme gama de ações de saúde que não podem ser descontinuadas. E isso exige medidas que promovam a reorganização e sustentabilidade da APS, garantindo a segurança tanto de seus usuários quanto de seus trabalhadores durante o período da pandemia (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Evidências de epidemias e pandemias passadas demonstram o risco adicional para a saúde das pessoas quando a população deixa de frequentar os serviços de saúde devido a preocupações com o risco de infecção. Em epidemias anteriores ficou evidente que o foco exclusivo na doença emergente pode ter efeitos desastrosos na morbidade e mortalidade por outros problemas de saúde, quando se reduz o acesso ao cuidado de outras condições e agravos de que a APS se ocupa cotidianamente (SCOTT *et al.*, 2016; DUNLOP *et al.*, 2020).

Em virtude das ideias mencionadas acima referente aos cuidados continuados na pandemia, percebe-se que podem haver várias consequências preocupantes para a saúde e o bem-estar das pessoas. Assim, é importante que sejam tomadas medidas para garantir que os usuários tenham acesso aos cuidados de que precisam para proteger sua saúde e evitar maiores complicações futuras.

Nesse mesmo contexto das dificuldades, o medo aparece como um dos maiores fatores impactantes da pandemia da COVID-19, visto que este sentimento pode ter alterações significativas na saúde e no bem-estar das pessoas. Alguns dos impactos estão voltados para sentimentos e emoções que os profissionais de saúde vivenciaram nas ESF, conforme explicitado nas falas a seguir:

Era uma coisa nova, um vírus novo, todo mundo com medo, eu com medo de sair, trazer para minha família que estava tudo em casa trancado, então foi bem difícil (ENT 3).

Muitas ações que antes eram desenvolvidas pelo PSF, pela atenção básica ficou parada, [...] muita gente ainda tem medo de vir no PSF (ENT 6).

Por conta dessa necessidade de distanciamento social, as pessoas realmente, por medo, muito medo, não procuravam os serviços de saúde, ficavam em casa (ENT 8).

Tanto os profissionais tinham medo dos pacientes e os pacientes tinham medo dos profissionais (ENT 13).

O medo foi um dos sentimentos que apareceu com muita frequência nas entrevistas, e justifica-se pela necessidade de adaptação diante de uma situação de ameaça não só das ações cotidianas, mas sobretudo à vida. Esse enfrentamento diário torna-se desproporcional e causa danos à saúde física e mental, diminuindo assim a qualidade de vida dos profissionais de saúde que vivenciam este sentimento com frequência (ORNELL *et al.*, 2020).

Este sentimento de medo atrelado às dificuldades no trabalho devido a COVID-19, trouxe muitos entraves tanto para os profissionais de saúde quanto para população em geral, visto que esse medo é extensivo à vida familiar e social pois afeta todos os âmbitos da vida cotidiana. Diante desse contexto, faz-se necessário a reorganização dos serviços para enfrentamento desses desafios voltados para insegurança, o medo e a incerteza que influenciam na produtividade e na qualidade da assistência destes profissionais (SILVA *et al.*, 2021).

Neste sentido, Teixeira *et al.* (2020) recomendam a adoção de uma metodologia voltada à saúde mental dos profissionais visando o bem estar físico e mental. O relato dos entrevistados deixa claro o aumento do medo relacionado ao desconhecido, falta de informações, distanciamento social, medo de se infectar ou transmitirem a infecção aos membros da família.

É preciso manter o contato e o vínculo com os usuários, já que os profissionais de saúde da APS possuem uma responsabilidade diante dos cuidados necessários na prevenção da proliferação do vírus. Este grau de responsividade e cuidado acaba por desencadear esse sentimento que faz parte de um arcabouço estrutural voltado para reorganização do sistema, investimento em treinamentos para que os profissionais de saúde tivessem condições de orientar a comunidade e apoiar os usuários em situação de isolamento social (MEDINA *et al.*, 2020).

Diante disso, é importante lembrar que o medo é uma reação normal diante da incerteza e das ameaças, mas é importante gerenciá-lo de forma saudável para evitar efeitos negativos na saúde e no bem-estar. Para amenizar esse desgaste emocional, pode-se incluir a busca por informações precisas e confiáveis, seguir as medidas de prevenção recomendadas pelas autoridades de saúde e procurar apoio emocional quando necessário.

Além destas dificuldades, tem a qualificação profissional, que é essencial para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, pois a doença exige que os profissionais de saúde tenham conhecimentos e habilidades específicas para lidar com ela de maneira segura e eficaz. O que pode ajudar a garantir que estes trabalhadores saibam como fornecer cuidados seguros e eficazes aos pacientes com COVID-19, reduzindo o risco de transmissão e infecção com a implementação de medidas de prevenção adequadas (BERTA, 2020; IRAQUARA, 2020; SOUTO SOARES, 2020).

Porém, os profissionais de saúde, dos dois municípios analisados, ainda se mostraram despreparados para lidar com a pandemia, diante da falta de informações suficientes frente ao novo coronavírus e da reorganização dos serviços para readequação à nova realidade, conforme falas mencionadas abaixo:

Lamentavelmente ninguém estava preparado, todos nós tivemos um desafio, tivemos que se adequar às novas atividades (ENT 4).

[...] tivemos uma dificuldade muito grande, em saber lidar frente a pandemia, com os sinais e sintomas, em qual momento dar assistência ao paciente, quanto às medidas de prevenção (ENT 5).

Dificultou com a falta de informação, a gente via na televisão, a gente não sabia o que falar, foi uma coisa nova (ENT 11).

[...] nós não estávamos preparados, a gente acha que estava preparado, mas quando o problema chega, a gente enxerga que ele é muito maior (ENT 15).

A falta de qualificação profissional diante do enorme contingente de trabalhadores de saúde envolvidos no combate ao COVID-19, apresenta-se como um grande desafio para se garantir um mínimo de eficiência e efetividade no enfrentamento da pandemia junto aos serviços de atenção primária (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Essa qualificação dos profissionais de saúde possibilita uma maior resolutividade dos mesmos frente às necessidades de saúde da sociedade, e um melhor aprimoramento do conhecimento científico com o desenvolvimento de competências e habilidades, que ampliam as possibilidades de transformação da prática e de promover um cuidado integral e qualificado à população (SANTOS *et al.*, 2020).

A qualificação profissional pode ajudar os profissionais de saúde a gerenciar casos graves da COVID-19, o que torna indispensável para garantir a continuidade do cuidado e enfrentar essa pandemia de maneira mais segura e eficaz, protegendo a si mesmo e aos pacientes que atendem (DEEB *et al.*, 2021; DHILLON, KABRA, 2020).

Em meio a todas essas dificuldades, os aspectos psicossociais são fortemente apontados como um desgaste para saúde mental no transcurso desta pandemia da COVID-19, pois causou um grande impacto psicossocial em todo o mundo, afetando a saúde mental e o bem-estar de muitas pessoas.

A pandemia trouxe muitos desafios com efeitos nocivos e traumáticos à saúde mental dos profissionais de saúde que estão na linha de frente. Tudo isso voltado para mudanças repentinas na rotina de trabalho, aumento das horas de trabalhos e do número de atendimento, subdimensionamento de pessoal, o que levou estes profissionais a sofrimento mental que deixarão vestígios por longo período (MEDINA *et al.*, 2020).

Mas impactou mesmo, acho que foi o psicológico dos funcionários (ENT 1).

A saúde mental foi o que mais sofreu nessa pandemia (ENT 4).

Então essa parte psicológica mesmo, foi muita pressão sobre os profissionais (ENT 13).

Por assumirem a linha de frente junto aos cuidados dos usuários, os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a COVID-19, visto que estão diretamente em contato com os pacientes infectados. Isto faz com que eleve o nível de estresse ao atender esses pacientes, muitos em situação moderada, além de condições de trabalho, frequentemente, inadequadas (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Com base nas declarações sobre o sofrimento mental, é evidente que o cansaço físico e emocional resulta em insatisfação pessoal por parte dos profissionais da ESF, o que tem um impacto direto no relacionamento com seus familiares, parentes e amigos. Assim, esses profissionais da ESF são mais vulneráveis a problemas familiares, absenteísmo, erro humano e aparecimento das sintomatologias físicas e psicológicas (AMORIM, 2016).

De fato, a pandemia tem causado uma grande quantidade de estresse e ansiedade na população em geral. E, isso devido a diversos impactos psicossociais relacionados à pandemia,

incluindo o medo de contrair o vírus, a incerteza sobre o futuro, a preocupação com entes queridos, a mudança na rotina diária, o estigma associado à doença, entre outros. Esses impactos precisam ser trabalhados não apenas em indivíduos que contraíram o vírus, mas também na população em geral (TAYLOR *et al.*, 2020).

Este autor ainda discute estratégias para lidar com esses impactos psicossociais relacionados à pandemia, como manter uma rotina diária, limitar a exposição à mídia, conectar-se com amigos e familiares de forma virtual, e procurar ajuda profissional, se necessário. Para este cenário, a APS, com seu potencial de capilaridade, é um campo fértil e promissor na disseminação de informações condizentes com as necessidades sociais de saúde.

Com base nas discussões desses autores, fica claro que a saúde mental da população está em sofrimento devido aos vários aspectos psicossociais enfrentados. É crucial reconhecer a necessidade de fornecer suporte e trabalhar com essas pessoas, incluindo o acesso a serviços de saúde mental.

Diante de tudo isso, tem-se a resistência populacional como outra dificuldade citada nas entrevistas, que tem sido observada em diferentes contextos durante a pandemia da COVID-19. Algumas das principais formas de resistência incluem a recusa em seguir as recomendações de distanciamento social, o uso de máscaras e a vacinação, bem como a disseminação de informações falsas e teorias conspiratórias sobre a pandemia.

As medidas sanitárias recomendadas pelos protocolos dos três níveis de governo, quanto ao uso de máscaras, distanciamento social, entre outros, passaram por um processo de resistência junto à população por não aderirem de forma homogênea a estas medidas preventivas e indispensáveis ao controle do vírus. Conforme mencionado nas falas a seguir:

[...] até hoje o que é um desafio, é conscientizar a população (ENT 5).

[...] muitos não acreditavam na pandemia, o número relativamente grande, resistentes ao uso de máscaras, a etiqueta respiratória, distanciamento (ENT 8).

[...] dificuldades, por que muita gente não colaborava, teve muita resistência (ENT 8).

Tiveram muitas dificuldades no sentido de adotar as medidas sanitárias, uso de máscaras, de distanciamento, de isolamento (ENT 13).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) discorre quanto à importância do uso correto da máscara como ponto fundamental para garantir a efetividade e para reduzir o risco de transmissão da COVID-19. O uso de máscaras é uma das principais medidas de prevenção e de controle de infecção desse vírus, principalmente por profissionais de saúde atuantes na linha de

frente (OMS, 2020). Medidas estas que passaram por um processo de resistência por parte da população conforme fala da entrevistada 13.

Diante da resistência às medidas de combate à pandemia, as discussões acerca das recomendações para lidar com este desafio passaram a ser cada vez mais crescentes no mundo científico. Com isso, as intervenções devem ser adaptadas a diferentes realidades de grupos populacionais, assim como a comunicação eficaz é fundamental para garantir a adesão às medidas (BAVEL *et al.*, 2020).

Segundo Freeman *et al.* (2020) a desconfiança em relação às autoridades pode levar à resistência às medidas, em virtude de informações incertas e como a educação e o engajamento da comunidade podem ajudar a combater a polarização política. Além disso, algumas pessoas podem resistir às medidas por motivos pessoais, como a dificuldade em se adaptar às mudanças na rotina diária ou a crença de que as medidas não são necessárias ou eficazes. Desta forma, Harrison, Sinnott (2021) discorre sobre a importância da disseminação de informações precisas e confiáveis como estratégia estruturante e fundamental para garantir a adesão às medidas de promoção e prevenção da COVID-19.

Essa resistência pode ter consequências graves para a saúde pública, podendo levar a um aumento no número de casos e mortes por COVID-19, bem como a uma prolongação da pandemia. Para enfrentar essa resistência, é importante que as autoridades de saúde sejam transparentes e forneçam informações claras e confiáveis sobre a pandemia e as medidas necessárias para controlá-la. Além disso, é importante que as comunidades sejam envolvidas na resposta à pandemia e que as medidas sejam de acordo às necessidades e realidades locais, para aumentar a adesão da população.

Em meio a todos esses entraves ainda está o distanciamento social como sendo uma das medidas de prevenção recomendadas pelos protocolos, aparece como um dos pontos principais nas falas dos entrevistados como sendo também um dos entraves do acesso aos serviços de saúde. Muitas eram as interrogações a respeito desta medida protetiva: até quando manter o distanciamento social? E os outros problemas de saúde que precisam de acompanhamento? Como manter o acesso aos serviços de saúde com esta medida? A telemedicina é acessível para todos? Diante disso, seguem os relatos dos entrevistados:

[...] nós tivermos muitas dificuldades principalmente em relação ao isolamento[...] (ENT 2).

Era para distanciar, então todas as atividades que eram palestras, atividades, no momento foi complicado, não podia ter aglomeração, não podia ter atendimentos [...] (ENT 3).

A maior dificuldade foi o isolamento social, porque a prevenção as medidas preventivas da COVID-19 restringia a população a serviço de atenção primária (ENT 5).

A dificuldade deles virem na unidade para marcar, porque estavam em isolamento (ENT 6).

Diante destes relatos, Fernandez *et al.* (2021) sinalizam que o distanciamento social ocasiona, restrições nas relações sociais, relacionamento afetivo rompido, solidão e distância de familiares. A COVID-19 mudou as rotinas dos profissionais em virtude da reorganização dos serviços, mudando totalmente a relação entre os usuários e profissionais.

Estas reflexões provocam questionamentos de como os profissionais de saúde desenvolvem o trabalho nas ESF a partir das limitações de atendimentos, distanciamento e visitas domiciliares. O distanciamento incide na redução de ações de promoção e prevenção à saúde, diminuição do vínculo entre os profissionais e usuários. Os profissionais exercem frente às limitações/dificuldades um processo de reorganização das ações e serviços de saúde para promoverem o cuidado em saúde (SANTANA, 2015).

Nesse mesmo contexto, Teixeira *et al.* (2020) dialoga com as estratégias de distanciamento social que são apontadas como a mais importante intervenção para o controle da COVID-19. No entanto, para as equipes de assistência à saúde, para pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado da COVID-19, e usuários que precisam de atendimento continuado, esta medida tem provocado questionamentos frente ao cuidado integral à saúde.

Para que este cuidado seja possível um outro ponto chamou a atenção neste estudo diante destas entrevistas que foram as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por terem sido comprometidas em larga escala, outras estratégias precisaram ser repensadas para manter uma proximidade com os usuários. Como nos direcionam as falas a seguir:

E na pandemia a gente ficou restrito a só chegar na porta do domicílio (ENT 12).

Até as visitas domiciliares não tinham. Nem os ACS visitavam (ENT 13).

Então o acesso ficou bem restrito, inclusive as visitas domiciliares pelas equipes (ENT 15).

O ACS é o elo de comunicação entre a comunidade e os serviços da ESF, eles têm o papel de mobilização da população, para transitar as informações corretas de acordo com as medidas levantadas pela equipe. Nesse sentido, as ações de prevenção durante a pandemia da COVID-19 ficaram prejudicadas. Os ACS foi a categoria que mais teve dificuldades e sofreu

impactos negativos com o isolamento social, pois o desenvolvimento do seu trabalho foi prejudicado pela redução ou ausência na realização das visitas domiciliares devido às estratégias do isolamento social (MEDINA *et al.*, 2020).

Estes profissionais de saúde possuem esse grande desafio de manterem as visitas domiciliares, respeitando o distanciamento social, usando máscaras, e todos os EPI's o que possibilitam o acompanhamento de pacientes, a entrega de medicamentos e de insumos básicos à população, que são de grande relevância para evitar idas desnecessárias à ESF e aumentar os riscos de proliferação do vírus da COVID-19 (DAUMAS *et al.*, 2020).

De acordo com as entrevistas mencionadas acima, percebe-se que os ACS tiveram muitas dificuldades em realizarem suas atividades nos municípios em estudo. O que ocorreu de forma diferente em outras cidades do país, a saber: Em Nova Lima (MG), os ACS promoveram um levantamento quanto à presença de sinais e sintomas de gripe entre as famílias de sua microárea, em que faziam uso de tecnologias como é o caso do telefone e aplicativo de mensagens, além de promoverem o monitoramento de estabelecimentos comerciais que não estejam seguindo as determinações municipais (FERNANDEZ *et al.*, 2020). Assim como em Sobral (CE), os ACS planejaram e realizaram visitas peridomiciliares para identificar precocemente sinais de gravidade e prover orientações para isolamento domiciliar e adotar medidas preventivas para evitar a disseminação (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Essa articulação do meio social com os serviços de saúde, é mediada especialmente pelos ACS, que facilitam o mapeamento e apoio aos usuários de maior risco para a COVID-19, como idosos, usuários crônicos, pessoas em extrema pobreza ou com insegurança alimentar, para reforçar as medidas de prevenção e garantir recursos para que se estabeleçam as condições recomendadas do distanciamento social (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

É imprescindível, portanto, ativar ainda mais os atributos comunitários dos ACS, fortalecer as iniciativas solidárias junto às ações comunitárias e articular-se intersetorialmente para apoiar a população em suas diversas vulnerabilidades para garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho para o apoio social e sanitário voltados, sobretudo, aos grupos mais vulneráveis.

Diante dessas dificuldades, é importante que as equipes da ESF, enquanto pilares da atenção primária, estejam preparadas para enfrentar a pandemia e fornecer cuidados de saúde essenciais aos usuários nesta pandemia da COVID-19. Estes desafios também podem ser encarados como uma oportunidade para as equipes de saúde desenvolverem estratégias inovadoras e fortalecer a capacidade de atendimento aos usuários.

### 4.3 Ações e serviços de saúde implementados pela APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19

A nova realidade imposta pelo coronavírus como algo obscuro e cheio de incertezas, fez com que os profissionais de saúde e gestores promovessem a criação de novas estratégias para enfrentamento da pandemia. Como foi a reorganização do fluxo, o uso de tecnologias, a exemplo do celular, o fortalecimento da intersetorialidade, criação de espaços específicos para atendimento da COVID-19, o uso da educação em saúde (treinamentos, capacitações), dentre outras ações que foram viabilizando o controle da pandemia e permitindo a continuidade dos atendimentos da ESF.

Tem-se no fluxo um dos caminhos que foram percorridos frente a estas possibilidades na organização e dinâmica de trabalho, permitindo a reorganização dos serviços, a partir de inovações estratégicas que deram uma nova face aos serviços ofertados. E que poderão ser melhor esclarecido a partir das seguintes falas:

[...] foi criada uma sala identificada para síndromes gripais, muitos deles não entravam pela entrada principal, tinha uma porta que dava acesso a porta de fora (ENT 1).

[...] possíveis pacientes com COVID-19, então a gente separava a sala de espera para eles, e assim muitas vezes o atendimento deles era priorizado (ENT 2).

[...] diminuiu um pouco devido a pandemia então a gente teve que diminuir o fluxo de pacientes na unidade (ENT 4).

A gente organizou para não atender gestante com grupo de risco no mesmo dia que tem muita consulta médica, a gente tenta separar esses grupos (ENT 6).

[...]os pacientes mais graves, eram encaminhados para o hospital com sintomas mais relevantes e os outros que tinham sintoma leve que fazia o teste eram atendidos aqui na unidade [...] (ENT 13).

Fazendo uma análise das entrevistas acima, nota-se que as estratégias de reorganização dos fluxos corroboram com a da pesquisa a seguir, em que menciona a organização das ESF para enfrentamento da COVID-19, e que as mudanças a partir da separação de fluxos de atendimento nas ESF são pontos determinantes na visão dos profissionais de saúde (89,5%) e dos gestores (80%), além da criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios (GIOVANELLA *et al.*, 2022).

Diante disso, houve a criação de espaços extras nas Estratégias de Saúde da Família para atendimento de casos suspeitos ou confirmados da COVID-19, o que foi de extrema relevância, uma vez que permitiu a separação dos pacientes com sintomas respiratórios dos demais,

reduzindo o risco de contágio e garantindo a segurança dos profissionais de saúde e dos demais pacientes.

Para Bezerra *et al.* (2021), nas Estratégias de Saúde da Família, essa medida foi especialmente importante, uma vez que esse modelo de atenção à saúde é baseado na proximidade entre profissionais e pacientes, o que pode aumentar o risco de transmissão da doença. Ao separar os pacientes com sintomas respiratórios em espaços extras, os profissionais de saúde podem prestar um atendimento mais seguro e eficaz, minimizando o risco de disseminação da COVID-19.

Essas mudanças têm sido implementadas para garantir que os serviços de atenção primária possam continuar a fornecer cuidados de qualidade durante a pandemia, enquanto minimizam o risco de transmissão do vírus. Como se observa nas entrevistas que se seguem:

O atendimento a gente já tem uma sala apropriada em cada unidade para receber esses pacientes com síndromes gripais (ENT 4).

A gente utilizou a sala de reuniões, então esses pacientes aguardavam nesse ambiente, houve mudança no fluxo, que a gente separava a sala de espera dos outros pacientes (ENT 2).

Mudava a carteira do lugar, se era cinco deixava só três para não aglomerar, colocava as cadeiras lá fora, um distanciamento (ENT 3).

A organização da unidade facilita tanto separação de grupos, a gente tenta não atender gestante com grupo de risco no mesmo dia que tem muita consulta médica, a gente tenta separar esses grupos (ENT 6).

[...] eu tentei direcionar os atendimentos para a área externa, a gente tinha uma sala lá fora [...] (ENT 9).

Tivemos que suspender todas as ações em relação as equipes multidisciplinar, que era o NASF, frente a onda que retorna da COVID-19, nós suspendemos as ações do coletivo (ENT 5).

É nesse contexto que as ESF têm sido fundamentais no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil. Para atender os suspeitos da COVID-19, este espaço da APS têm utilizado várias inovações para garantir o acesso aos serviços de saúde e reduzir o risco de transmissão do vírus (SANTOS *et al.*, 2021b). Assim, no decorrer das entrevistas, em observação ao espaço físico, foi apresentado um novo desenho dos espaços nas ESF como uma das alternativas preparadas para atender casos suspeitos da COVID-19. Esse novo desenho do fluxo, aliado à disponibilização de equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde, foram importantes para reduzir o risco de transmissão do vírus.

Já que o distanciamento social foi aderido por grande parcela da população para o controle da pandemia da COVID-19, desencadeou uma série de desdobramentos em virtude da

falta de continuidade do cuidado, sobretudo àqueles que convivem com problemas crônicos (hipertensos e diabéticos), tornando-se necessária a implementação de novas estratégias para o desenvolvimento do trabalho nas ESF (AQUINO *et al.*, 2020).

Assim, o agendamento de consultas e atendimentos nas ESF é uma estratégia que visa organizar o fluxo de atendimento, garantindo que as consultas e atendimentos sejam realizados de forma programada, evitando longas filas e esperas, além de permitir uma melhor gestão dos recursos disponíveis (MENDES, 2012). E, durante a pandemia da COVID-19, esta estratégia se tornou ainda mais importante, pois ajudou a evitar aglomerações nas unidades de saúde e a controlar o fluxo de pacientes, reduzindo o risco de transmissão do vírus. Embora esta implementação não seja uma estratégia exclusiva da pandemia, sua importância e relevância foram ampliadas durante esse período (PAIVA *et al.*, 2021; FREITAS *et al.*, 2020).

Todos esses pontos na inovação de fluxos não podem perder de vista a proteção dos profissionais de saúde como sendo molas propulsoras no combate à pandemia, e que segundo Teixeira *et al.*, (2020), esse cuidado deve ser fortalecido para evitar a transmissão da COVID-19 no trabalho entre colegas, no ambiente familiar e domicílios. Assim, faz-se necessário adotar protocolos de controle de infecções e disponibilizar EPT's, que favoreçam um trabalho seguro e empodere os trabalhadores diante das ações de saúde.

Essas inovações da ESF, que redesenham o fluxo dos serviços no decorrer da pandemia da COVID-19, tem sido um desafio para o sistema de saúde, exigindo uma adaptação rápida das estratégias e práticas de atenção primária à saúde. Nesse contexto, a criação destas estratégias nas unidades de saúde tem se mostrado viáveis para garantir a continuidade do atendimento à população e garantir o acesso aos serviços de saúde.

A separação de fluxos não se refere somente aos espaços físicos, mas também aos recursos humanos envolvidos nos atendimentos. Para isso, recomenda-se, portanto, reduzir ao mínimo o número de profissionais que entram em contato com cada caso sintomático respiratório ou suspeito da COVID-19. Além disso, é recomendável que os profissionais dedicados ao atendimento de pacientes infectados sejam oportunamente capacitados e que se invista na contratação de profissionais adicionais para atender aos fluxos separadamente, como em Canaã dos Carajás (VALE, *et al.*, 2020).

Além das atividades coletivas, outra responsabilidade das equipes de APS é o cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos da COVID-19, reorganizando fluxos separados de atenção para sintomáticos respiratórios ou casos suspeitos, cuidando dos pacientes com quadros leves e garantindo o encaminhamento oportuno daqueles que necessitem de cuidados de outros níveis de atenção (IRAQUARA, 2020).

Esse contexto poderá ser melhor observado através da nuvem de palavras, uma estratégia tecnológica extraída do Maxqda (2022) que permite observar um arranjo das palavras coletadas a partir dos entrevistados. Assim, as palavras com maior frequência aparecem em maior destaque na nuvem, permitindo concluir a existência de similaridade do contexto dos serviços de saúde diante das estratégias e inovações alavancadas para enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Como se pode observar na nuvem abaixo, a palavra celular se encontra com maior visibilidade, seguida da palavra fluxo, o que corrobora com a realidade das entrevistas. Visto que o uso do celular e a alteração dos fluxos dos serviços foram estratégias importantes adotadas pela APS durante a pandemia da COVID-19. Essas medidas foram implementadas para ampliar o acesso aos serviços de saúde e evitar a propagação da doença.

Figura 4 – Nuvem de palavras referente às estratégias e serviços inovadores para reorganização das ações e serviços de saúde da APS durante a pandemia da COVID- 19



Fonte: Maxqda (2022).

Percebe-se, diante dessa nuvem de palavras, que entre as principais estratégias implementadas pelos serviços de saúde estão as tecnologias, que no contexto da pandemia da COVID-19 foram amplamente utilizadas. E isso, pode ser observado nas narrativas a seguir, que ampliaram o acesso dos atendimentos, readequando a estrutura existente, recriando o

trabalho, estimulando a equipe e potencializando o uso dessas estratégias, para dar continuidade aos serviços da APS.

[...] os pacientes eram monitorados via WhatsApp, por ligações, telefone, mensagens, até mesmo consultas online os médicos estavam fazendo (ENT 1).

A gente usou muito a questão de informações através da internet, tanto internet, via celular, todas as unidades tem celular, para poder fazer agendamento de consulta, organizar o fluxo da unidade (ENT 4).

As tecnologias, utilizamos carro de som, rádio, para informar a população como os serviços estavam sendo ofertados (ENT 5).

Basicamente foi pelo celular, pelo aplicativo Whatsapp, chamadas, mensagens de texto... A gente procurou manter esse contato com os usuários, agendando, encaminhando, exames respostas, vídeo-chamadas, consultas médicas, consultas de enfermagem (ENT 8).

É nesse contexto de inovações que Silva *et al.* (2022) discorre sobre o uso das tecnologias, sobretudo, do celular que possibilitou a realização de ligações e do aplicativo do Whatsapp como nova forma de desenvolver o trabalho. Estas tecnologias permitiram a redução da distância ou barreiras geográficas que dificultam a prestação de cuidados.

Todas essas estratégias foram de grande valia para fortalecimento das ações da APS no decorrer da pandemia para atender os suspeitos e confirmados da COVID-19. Essas inovações permitiram aos serviços de saúde uma maior amplitude do acesso e reduzir o risco de transmissão do vírus. As equipes de saúde da família têm utilizado o teleatendimento para realizar consultas médicas, enfermagem e orientação à distância. Isso reduz a exposição dos profissionais de saúde e dos pacientes ao risco de contaminação pelo vírus (KEESARA *et al*, 2020).

E ainda, é em meio a estas inovações tecnológicas supracitadas nas entrevistas que permeia o avanço da cobertura universal de saúde como oportunidade para enfrentar os desafios dos sistemas de saúde na prestação de cuidados, redução da demanda reprimida e ampliação da acessibilidade e qualidade das ações e serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2022).

De posse desta realidade, não é possível considerar o futuro da atenção primária digital sem considerar também os sistemas de saúde mais amplos em que isso está ocorrendo. Embora a cobertura universal de saúde seja considerada o padrão-ouro e a atenção primária base estruturante para alavancar tamanho desafio (PAGLIARI, 2021; COELHO, MORAIS, ROSA, 2020).

Mesmo sendo notório o aumento do uso das tecnologias digitais, em virtude da dimensão que tomaram perante ao processo de comunicação e interações entre cidadãos e o Estado, não se pode negar as limitações do acesso às tecnologias digitais pela população

mais carente, tanto no que se refere a aparelhos quanto ao acesso à internet, o que promove uma limitação aos serviços e impacta nas ações de saúde (COELHO; MORAIS; ROSA, 2020).

Caminhos diversos foram pensados para implementar os serviços de saúde nesta pandemia, mas o acesso foi, de fato, contemplado com o uso de tecnologias que facilitaram a implantação de atendimentos via teleconsultas, sobretudo, através do aparelho de celular. As falas a seguir nos demonstram tamanha repercussão:

Uma forma de facilitar o contato eram as teleconsultas, que a gente fazia por celular e aí se necessitar, a gente fazia a visita domiciliar (ENT 4).

[...] quando a gente começou a ter o celular em cada PSF para manter, a gente teve essa facilidade de entrar em contato com os pacientes e caso de acompanhamento contínuo, hipertenso ou uma pessoa que tem alguma comorbidade (ENT 6).

[...] tinha agenda programada que era feita tanto pelo WhatsApp, ou pela pessoa quando procura (ENT 8).

[...] eram acompanhados por uma equipe de monitoramento via celular (ENT 13).

Esse avanço tecnológico também permitiu o monitoramento e manejo de casos suspeitos e confirmados pelas equipes de APS, o que exigiu a reorganização das ações e serviços de saúde para o acompanhamento remoto, que foi realizado majoritariamente por telefone ou mensagem do WhatsApp, informado por mais de 95% dos profissionais (GIOVANELLA *et al.*, 2022).

Esse novo arranjo de consultas telefônicas e de áudio ampliado e aperfeiçoado no decorrer da pandemia, foi reconhecido como modalidade de telessaúde para fortalecer o combate da COVID-19 a partir do distanciamento social. Apesar da limitação de acesso para determinados grupos na população, os serviços relacionados à telemedicina durante a pandemia da COVID-19 trouxeram inúmeras facilidades para a continuidade do cuidado à saúde (SILVA *et al.*, 2022).

O ato do teleatendimento somar junto ao processo de ampliação das ações de saúde não implica dizer que este substitui o cuidado presencial quando este se faz necessário. Alguns serviços tornaram-se mais acessíveis à população através de nova ferramenta que se mostrou eficaz e eleva o grau de equidade no sistema, e aumenta extraordinariamente a capacidade de atendimento (MACHADO, 2020). O que possibilitou aumentar e ampliar a escuta, acolhimento, orientações aos usuários, com aumento da escala de atendimento (FRANCO, 2021).

É nesse contexto que o uso da telemedicina com triagem e consultas médicas por telefone surge como mais uma alternativa no combate ao coronavírus. Mas os profissionais médicos se mostram preocupados com a continuidade dos cuidados regulares e as consequências das medidas anticovidais. E mais, os usuários que convivem com problemas

crônicos podem sofrer as consequências por complicações no pós pandemia (VERHOEVEN *et al.*, 2020).

É apoiado neste contexto das tecnologias da informação e da comunicação que a resposta nacional à COVID-19 ganha força e amplia a estrutura da APS, que tem junto às Estratégias de Saúde da Família (ESF) um papel de coordenação e comunicação do cuidado (HARZHEIM *et al.*, 2020). Nesse sentido, as ações voltadas para um cuidado integral da população e comunidades, promovem a diminuição drástica dos encaminhamentos, desnecessariamente, aos prontos-socorros e hospitais públicos e privados (PAIM, 2018).

O que se pode perceber diante desse contexto das entrevistas e das percepções dos autores é a proximidade proporcionada aos usuários e profissionais de saúde através da telemedicina, que permitiu a continuidade do cuidado com ações de prevenção, monitoramento e tratamento da COVID-19. Nesse sentido, esta pandemia veio para impactar a assistência à saúde na APS em todo o mundo com uma rápida implementação e aumento do uso de estratégias de atendimento remoto para mitigar os efeitos pandêmicos e garantir a continuidade das ações de saúde dentro das realidades vigentes. Considerando isso, espera-se que essa ferramenta permaneça em uso após o enfrentamento da pandemia.

Uma outra estratégia vivenciada pela pandemia da COVID-19 foi a intersetorialidade, que por ser complexa, dinâmica e conflitante, impõe-nos constantes mudanças que promovem alterações significativas junto às ações e serviços que se inter-relacionam diante da situação vivenciada, independentemente da vontade de profissionais e gestores. O que exige ações conjuntas a partir dos diversos setores para combater um mal comum a todos.

Nesse sentido, a intersetorialidade é um pilar central para preencher lacunas e repensar estratégias de saúde voltadas para mudanças do modelo assistencial vigente. Desta forma, a APS surge como caminho promissor a ser valorizado e fortalecido para enfrentamento de qualquer adversidade (PAIM, 1994; MENDES, 1996).

Estes diálogos surgem no decorrer das entrevistas com muita segurança pelos profissionais e gestores entrevistados, conforme segue:

[...] todos os profissionais da rede, ação social, educação, todos contribuíram com a gente para poder fortalecer as atividades (ENT 4).

[...] com vigilância, com assistência, com 100% em parceria com a atenção básica, parcerias de outras secretarias, fornecendo funcionários, transportes, materiais (ENT 5).

[...] junto com a intersetorialidade, com as outras secretarias, para que nós pudéssemos ajudar com a população de modo geral (ENT 15).

Essa priorização da intersetorialidade foi observada junto a resposta aos cuidados primários da Austrália que foi desenvolvida em parceria com representantes da clínica geral e do setor de cuidados de saúde primários em geral, e continuou a evoluir através do engajamento de mais de 30 organizações nacionais de ponta (KIDD, 2020).

De fato a intersetorialidade é de extrema importância para se combater a pandemia da COVID-19, pois a crise sanitária afeta diversos aspectos da sociedade, não se restringindo apenas à saúde, mas também à economia, ao meio ambiente, à segurança, à educação e a muitos outros setores. Esta sua importância deve-se ao processo de colaboração entre os setores de saúde, segurança pública e educação e cooperação entre diferentes setores da sociedade, governamentais e não governamentais, para abordar problemas complexos e interdependentes (FERREIRA *et al.*, 2021).

Em meio a toda essa discussão, nota-se que a intersetorialidade foi ainda mais fortalecida com a pandemia na busca de uma resposta integrada e coordenada de acordo com as necessidades da população, considerando as dimensões da crise. Somente por meio da colaboração entre diferentes setores é possível enfrentar os desafios complexos e interdependentes que a pandemia da COVID-19 apresenta.

É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da pandemia se faça de modo a preservar os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado. Possibilitando que as novas ações possam ser trabalhadas dentro de uma abordagem familiar e comunitária, dentro de uma perspectiva integral e de um cuidado humanizado (BRASIL, 2017).

Esse contexto está representado nas falas dos entrevistados abaixo, apontando que a pandemia da COVID-19 tem gerado uma série de desafios, entre estes, a criação e inovação de outros serviços como necessários para enfrentar as demandas impostas pela pandemia e atender às necessidades emergentes. Diante disso, foram reestruturados pontos estratégicos para atendimento de casos sintomáticos para COVID-19, como: gripário, centro COVID-19, salas específicas nas unidades básicas de saúde.

Foi montado um setor da COVID-19, e em cada unidade também foi criada uma sala, identificada para síndromes gripais, teve também as barreiras sanitárias (ENT 1).

[...] nós tivemos um centro, um “gripário”, para melhorar a oferta da atenção primária, porque se o indivíduo tinha sintomas gripais [...] (ENT 5).

Criamos no município um setor específico da COVID-19, que é na policlínica, é um serviço a mais para estar atendendo as síndromes gripais, criamos uma comissão da COVID-19, criamos protocolo (ENT 4).

Teve a questão do centro COVID-19 na época que foi instalado, com profissionais, enfermeiros, médicos e técnicos com coletas, para os pacientes que eram assintomáticos (ENT 13).

Para atender a estas necessidades de cuidados da atenção primária relacionados no decorrer da pandemia, inovações organizacionais foram desenvolvidas ou adaptadas, incluindo espaços reservados para teste da COVID-19, ambientes estruturados para atender usuários com infectados, opções de atendimento virtual para responder às necessidades locais destes pacientes (BRETON *et al.*, 2022).

De fato, as inovações organizacionais têm o potencial de melhorar o acesso aos cuidados primários, reestruturando os serviços de saúde para prestação de cuidados ou desenvolvendo novos serviços para melhor atender a população (CHAPMAN *et al.*, 2004). A COVID-19 catalisou uma rápida e substancial reorganização da atenção primária, acelerando a disseminação das estratégias existentes e fomentando a proliferação de inovações (GRAY, SANDERS, 2020).

Diante desta opção pela criação de espaços de atenção da COVID-19, especificamente para atender aos casos suspeitos, realizar manejo inicial e facilitar o acesso à internação quando necessário, deve ser acompanhada pela comunicação efetiva com as ESF para que possam acompanhar e fazer a vigilância em seus territórios.

Essa pandemia da COVID-19 trouxe desafios sem precedentes para a sociedade em todo o mundo, exigindo respostas rápidas e eficazes para lidar com a crise. Conforme se observa nas entrevistas abaixo, diversos foram os serviços implantados tanto no município de Iraquara quanto em Souto Soares, como forma de abordar usuários que circulavam, sobretudo na entrada e saída destas cidades, conforme falas que se seguem:

Foi realizada ações na feira livre, [...] no primeiro momento a gente utilizou rádio, carro de som, os agentes de saúde também orientavam porta a porta, ações com faixas na cidade (ENT 2).

[...] a gente fez barreiras sanitárias (ENT 4).

[...] nós construímos um plano de contingência, testou os profissionais de saúde e descobrimos que 50% estavam positivados, disponibilizou um telefone celular para cada equipe [...] (ENT 5).

Tinha a equipe de monitoramento, para os casos específicos da COVID-19 apenas, também pelo celular (ENT 8).

[...] também se criou um protocolo, esse protocolo sanitário, ajudou inclusive, com o comportamento social [...] (ENT 15).

As ações na comunidade foram surgindo de acordo com a necessidade vivenciada em cada cidade, buscando bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia. Assim, a vigilância

em saúde implica coordenar, no território, ações de prevenção primária e secundária à COVID-19, como identificação de casos, testagem e busca ativa de contatos, apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos; notificação de casos; e ações de educação em saúde que potencializam recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade (como as barreiras sanitárias citadas nas falas) além de rádios comunitárias, carro de som, dentre outras (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Uma vigilância ativa favorece o desenvolvimento de ações como as barreiras sanitárias criadas pela saúde para amenizar a circulação do vírus nos territórios, sendo ponto estratégico e fortalecido com a criação de Grupos de Trabalho (GTs) com a participação da APS. Experiência como esta foi vivenciada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG) que criou um GT com o propósito de discutir e definir ações conjuntas entre as áreas de vigilância e de assistência à saúde e de produzir notas técnicas, fluxos e protocolos (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

De fato, a pandemia da COVID-19 exigiu que os municípios adotassem medidas rápidas e eficazes para conter a disseminação do vírus. E a criação de equipes de monitoramento foi mais uma das estratégias importantes nesse sentido, pois permitiu que as autoridades locais acompanhassem de perto a situação epidemiológica e implementassem medidas de controle e prevenção da doença (DANTAS *et al.*, 2021).

As equipes de APS têm potencial para prover informação e educação em saúde à comunidade, promovendo ações no comércio e em espaços estratégicos, para contemplar toda população com serviços e informações para combater a COVID-19. Com isso, as rádios comunitárias, carro de som, feiras livres foram essenciais para abordar a situação epidemiológica do território e adotar medidas de proteção, como o distanciamento social, uso de máscaras, lavagem de mãos (ENGSTROM *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020).

Foi assim que uma Estratégia de Saúde da Família rural do sertão pernambucano estabeleceu comunicação contínua com a comunidade: por meio de um programa radiofônico criado pelos profissionais da ESF e semanalmente divulgado pelo WhatsApp para os usuários e de um canal de comunicação aberto para esclarecer dúvidas relacionadas à pandemia e ao funcionamento da unidade (SANTOS, VIEIRA, 2020).

Estas estratégias atuaram como serviços adjacentes para fortalecer o processo de promoção e prevenção junto ao combate a este vírus. O que é possível inferir que em todos os pontos da rede houveram inovações dos serviços para enfrentamento da pandemia.

Diante de todas as estratégias até aqui mencionadas, o processo de capacitação e educação permanente apresentado nas narrativas a seguir, demonstram que a educação em saúde deve se tornar uma realidade imperativa das práticas, de modo que os processos de ensino

e aprendizagem sejam incorporados ao cotidiano dos serviços de saúde por meio de capacitações e que a Educação Permanente seja o caminho para a transformação das práticas profissionais.

[...] técnicos foram treinados para fazer a coleta nas unidades e ajudar aqui a equipe porque duas biomédicas e poucos técnicos não davam conta (ENT 1).

Teve muitas palestras, muitas atividades das coordenadoras para os outros funcionários (ENT 3).

A gente teve orientação, capacitação, teve muito autocuidado, máscaras... A gente foi aprendendo aos poucos, a pandemia foi ensinando a gente a se resguardar, a ter cuidados (ENT 7).

A gente precisava mais de palestras, pra gente para nos direcionar, para nos orientar, e que a gente não teve isso (ENT 12).

A política de Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresenta historicamente como potencial para impulsionar processos de mudança e consolidação do modelo de assistência à saúde como preceito à inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, buscando modificar relações de trabalho. O que possibilita a formação e intervenção por meio de cursos e oficinas partindo de pontos vivenciados e discutidos no decorrer da produção do trabalho, implicando em mudanças no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2018).

Tal processo educacional pode ser um facilitador diante da reorganização de ações e serviços de saúde, visando melhorar as estratégias de cuidado e integrar de forma harmônica as equipes que estariam na linha de frente do combate da COVID-19. Desta forma, é possível apostar em uma saúde com profissionais mais qualificados e preparados para enfrentar este e outros desafios (ZINGRA *et al.*, 2020).

No decorrer das entrevistas é notório a carência por uma EP atuante que encoraje nos profissionais uma acreditação capaz de transformar as práticas do ambiente de trabalho a partir do engajamento dos diversos atores do sistema de saúde: trabalhadores, gestores e usuários. Sonhar com esta realidade é acreditar em uma educação transformadora e humanizada na construção do cuidado (SANTOS *et al.*, 2021).

De fato, o ensino e a formação dos profissionais de saúde são apontados por Rawaf *et al.*, (2020) como caminhos promissores para enfrentamento de situação como esta da pandemia da COVID-19. Desta forma, os programas multidisciplinares de ensino e treinamentos são de grande valia para impactar na qualidade dos sérvios a partir de intervenções junto aos sistemas de saúde e atender as necessidades dos serviços e dos profissionais de saúde.

Diante disso, torna-se notório a importância da educação permanente como estratégia para atualizar e aprimorar constantemente as competências e habilidades dos profissionais de saúde, de modo a promover uma atenção mais qualificada e efetiva à população. Durante a pandemia da COVID-19, a educação permanente tornou-se ainda mais essencial para capacitar os profissionais de saúde no enfrentamento da crise sanitária.

A pandemia da COVID-19 veio como um imperativo para os serviços de saúde no que diz respeito a inovação dos serviços, visto que as ações e os serviços precisaram passar por um processo de reorganização a partir da estruturação e integração das unidades de saúde, nas suas diversas complexidades e densidades tecnológicas. Além disso, é preciso repensar as relações de humanização, assim como a resolutividade das equipes de saúde para com as necessidades das famílias das áreas de abrangência das ESF.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo na reorganização da atenção primária à saúde em todo o mundo, sendo a ESF pilar estruturante e estratégico na implementação de ações de saúde para combater a pandemia. Diante disso, os gestores e trabalhadores de saúde da APS tiveram que adotar novas estratégias e inovações para enfrentar os desafios e manter a qualidade dos cuidados prestados aos usuários.

De fato, as Estratégias de Saúde da Família (ESF) tiveram um papel fundamental em minimizar os efeitos do vírus na população. Infelizmente, no início da pandemia, o governo nacional negou a gravidade da situação, o que prejudicou o controle da pandemia pela Atenção Primária à Saúde (APS). Com isso, os cuidados de saúde foram deslocados para os hospitais, em vez de serem centralizados na APS, o que dificultou o controle da doença.

Assim, para prevenir novas ondas da infecção e manter a desaceleração dos casos, é importante que a APS seja fortalecida. Isso significa investir em medidas estratégicas de prevenção, a partir da reorganização da APS para enfrentamento da COVID-19. Ao intensificar as ações primárias de saúde, é possível garantir que o sistema de saúde esteja preparado para lidar com a pandemia de forma mais efetiva, reduzindo o risco de novas ondas da infecção ao permitir o controle de forma segura diante da retomada das atividades.

Este estudo buscou analisar como as ações da APS foram reorganizadas durante a pandemia da COVID-19, com o objetivo de garantir cuidados adequados e oportunos aos usuários, por meio de soluções criativas que facilitem o acesso contínuo à saúde. É fundamental entender como as inovações foram desenvolvidas no contexto da pandemia e o que permitiu essas mudanças, para fornecer evidências sobre como a inovação contínua pode ser incorporada à atenção primária. Durante a pandemia, muitas inovações foram desenvolvidas e adaptadas, visando melhorar a acessibilidade, acomodação e adequação dos serviços oferecidos.

Este foi um momento de grandes desafios para o setor de saúde, proporcionando uma oportunidade única de aprender e inovar. Além de ficar evidente que a atenção primária é a primeira linha de defesa contra qualquer situação pandêmica. O que ficou notório devido a rápida resposta da APS para mitigar a disseminação do vírus e fornecer cuidados de saúde oportunos e adequados aos pacientes infectados.

Os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde dos municípios analisados foram muitos, incluindo a escassez de recursos materiais e de recursos humanos qualificados, bem como o acesso inadequado aos cuidados primários. A descontinuidade da atenção à saúde também é uma grande preocupação, assim como a resistência da população em aderir às medidas de prevenção e tratamento. Além disso, o distanciamento social foi um entrave

importante na busca por soluções efetivas diante das necessidades de saúde da população, sobretudo para a continuidade do cuidado.

Desse modo, foram adotadas diversas estratégias de reorganização da APS durante a pandemia, como a mudança de fluxo de trabalho, monitoramento de casos, fortalecimento da intersetorialidade e criação de espaços específicos para atendimento da COVID-19. Foram realizadas ações gerais, como orientações à população, barreiras sanitárias e testagem. Também houve uso de tecnologias, como o celular, para melhorar o acesso aos serviços de saúde, além da ampliação da capacitação dos trabalhadores da área.

Diante dos principais achados desta pesquisa, entende-se que esse processo assertivo de reorganização deve ser usado como uma ferramenta para aprimorar ainda mais os cuidados primários, identificar lacunas na capacidade de resposta em tempos de crise e se preparar melhor para futuras pandemias. Isso requer um investimento contínuo em motivação e ferramentas adequadas para os profissionais de saúde, bem como uma abordagem inovadora para a prestação de serviços de saúde primários.

Com base neste estudo, é evidente que há uma necessidade urgente de uma discussão mais ampla entre a ESF, o hospital e a vigilância em saúde para o controle efetivo da COVID-19 ou de qualquer emergência sanitária. É crucial que os profissionais das equipes destes setores sejam capacitados não apenas em termos de repasse de informações técnicas e clínicas, mas também para refletir sobre o modelo de atenção, estimular a participação social e promover o cuidado integral do usuário.

Além disso, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estratégias de valorização do SUS e dos profissionais e trabalhadores que lutam cotidianamente para que este sistema funcione, de modo que a população possa participar e ajudar a construir uma saúde mais fortalecida e qualificada para todos. Dentro de um sistema universal como o Brasil, a participação social se concretiza com engajamento de todos, para construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário.

Considerando o contexto apresentado, é importante destacar que esta pesquisa enfrentou algumas limitações que poderiam influenciar no processo de discussão. Dentre elas, destaca-se a ausência de um relatório de gestão atualizado conforme as recomendações do Ministério da Saúde, registros insuficientes durante o período da pandemia e dificuldades durante as entrevistas relatadas por alguns dos profissionais envolvidos, dentre outros fatores, o que limitou o uso da técnica de análise documental na análise dos resultados desta pesquisa.

Diante dessa discussão a respeito do processo de reorganização da APS no enfrentamento da COVID-19, a colaboração entre gestores, trabalhadores de saúde, autoridades governamentais e a comunidade é um imperativo para garantir uma resposta ágil e eficaz à

saúde pública em situações de emergência. E assim, poder vislumbrar um SUS reestruturado a partir da sua base sólida centrada em uma APS ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, capaz de promover uma atenção integral e humana para todos.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, K. R. V. N. **A percepção do estresse dos trabalhadores em uma indústria de revestimentos cerâmicos do nordeste: um estudo de caso**. 2016. 84 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia Industrial) - Programa de Pósgraduação em Engenharia Industrial, Escola Politécnica, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, Out. 2019. Disponível em: (PDF) [Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/34412180). Acesso em: 10 nov. 2021. DOI [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf14\(41\)2180](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf14(41)2180).
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Contribuição da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de Atenção Primária**. 2019. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores\\_REDEAPS.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores_REDEAPS.pdf) . Acesso em: 02 ago. 2021.
- ADAMS, J.; WALLS, R. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 323, n. 15, p. 1439-1440, 2020. Disponível em: [Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic | Critical Care Medicine | JAMA | JAMA Network](https://www.jama.com/doi/10.1001/jama.2020.3972). Acesso em: 25 nov. 2021. DOI [10.1001/jama.2020.3972](https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972)
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SANTOS, V. P.; SILVEIRA, F. R. M. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Soc**, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/f46c8MY3bQLgJNsFY4WnMkh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>
- ALMEIDA, A. *et al.* Repercussões da Pandemia de COVID-19 nas Práticas Assistenciais de um Hospital Terciário. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 115, n. 5, p. 862-870, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.36660/abc.20200436>. Acesso em: 25 nov. 2021.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Acesso em: 25 nov. 2021.
- ARAÚJO, W. R. M. *et al.* Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. **Rev Saúde Pública**, n.17, p. 51-75, Aug. 2017. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007033>. Acesso em: 10 dez. 2021.
- BAVEL, J. J. V. *et al.* Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. **Nature Human Behaviour**, v. 4, n. 5, p. 460-471. 2020.
- BERTA, W. The Importance of Professional Development and Training During a Pandemic. **The Health Care Manager**, v. 39, n. 4, p. 280-285. 2020.

BEZERRA, A. F. B. *et al.* Estratégias para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 em unidades de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 7. 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003415

BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad Saúde Pública**, n. 35. 2019. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311x00099118>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977.

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

BAHIA. Secretarias Estaduais de Saúde Coleta e Análise: Brasil.IO. Especial COVID-19. Disponível em: <https://brasil.io/covid19/BA/>. Acessado em: 11 abr. 2022.

BAHIA. Universidade Estadual de Feira de Santana. Secretaria dos Conselhos: Reitoria UEFS. **Resolução CONSEPE 113 de 10 de Novembro de 2021**. Aprovar o projeto de pesquisa "estratégias e tecnologias para garantir acesso e resolubilidade da APS no contexto da pandemia de COVID-19 na macrorregião de saúde centro-leste".

BRASIL, **Portaria GM/MS nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, COECOVID-19**. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/Livreto-Plano-de-Contingencia-5-Corona2020-210x297-16mar.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS No 467, de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei no 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. 2020b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm). Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Brasil, 2018. 78p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.

BRASIL. **Protocolo de Manejo Clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde**. Brasília, 7. ed. 2020c. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200407\\_ProtocoloManejo\\_ver07.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200407_ProtocoloManejo_ver07.pdf) Acesso em 15 dez. 2021.

BRASIL. Universidade Aberta do SUS. **Atualização: orientações gerais ao paciente com COVID-19 na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46168>. Acesso em 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19**. 10. ed. Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/secovid/pno\\_edicoes/10a-edicao-pno-14-08-2021.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/secovid/pno_edicoes/10a-edicao-pno-14-08-2021.pdf/view). Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19**. 12. ed. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contracovid-19.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil**. Número de equipes de saúde da família. Brasil: Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>. Acessado em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 15 fev. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510 de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 15 Nov. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 580 de 22 de março de 2018**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid**. Recomendações para gestores, Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, MS, 2020. Disponível em: <http://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental> Acesso em: 13 dez. 2022.

BRETON, M. *et al.* COVID-19 - an opportunity to improve access to primary care through organizational innovations? A qualitative multiple case study in Quebec and Nova Scotia (Canada). **BMC Health Serv Res**. v. 22, p. 759, 2022. Disponível em: [COVID-19 – an opportunity to improve access to primary care through organizational innovations? A qualitative multiple case study in Quebec and Nova Scotia \(Canada\) \(nih.gov\)](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08140-w). Acesso em: 15 nov. 2022. DOI 10.1186/s12913-022-08140-w.

BORGES, K. N. G. O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”**. v. 6, n. 3, 2020.

CABRAL, E. R. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Rev InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://iajmh.com/iajmh/article/view/87>. Acesso em: 20 nov. 2021. DOI <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>

CAMPOS, G.W. S. SUS: o que e como fazer?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, Jun. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 de set.2020.

CHAPMAN, J. L. *et al.* Revisão sistemática de inovações recentes na prestação de serviços para melhorar o acesso aos cuidados primários. **Br J Gen Pract**, v. 54, n. 502, p. 374–381, 2004. Disponível em: [Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care - PubMed \(nih.gov\)](#) . Acesso em: 20 dez. 2022.

COELHO, T. C.. **Regionalização, articulação e regulação no SUS**: valorizando os aportes locais. Feira de Santana: ed. UEFS, 2016.

COELHO, A. L.; MORAIS, I. de A.; ROSA, W. V. S. A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 183–199, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/709> . Acesso em: 7 out. 2022.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. **Crise por causa de covid-19 será uma das piores do mundo**. América Latina e Caribe sofrerão impactos. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-03/cepal-cri-se-por-causa-de-covid-19-sera-uma-das-piores-do-mundo> . Acesso em: 17 mar. 2022.

DANTAS, D. A. *et al.* Estratégias adotadas pelos municípios para o enfrentamento da COVID-19: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2352, 2021.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCA, R. *et al.* The role of primary care in the Brazilian healthcare system: Limits and possibilities for fighting Covid-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LpxCJfYrMkRWnBr7K9pGnXv/?lang=em> . Acesso em: 15 de nov. 2022.

DEEB, M. *et al.* The importance of training and development for healthcare professionals in times of crisis: evidence from the COVID-19 pandemic. **Journal of Health Organization and Management**, v. 35, n. 2, p. 266-282, 2021.

DHILLON, N. K.; KABRA, S. G. Importance of continuous medical education during and beyond the COVID-19 pandemic. **Indian Pediatrics**, v. 57, n. 6, p. 529-532, 2020.

DUNLOP, C. *et al.* The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, v. 4, n. 1, 2020. Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/4/1/bjgpopen20X101041> . Acesso em: 13 dez 2022.

DUCKETT, S. Como deve ser a atenção primária após a pandemia de COVID-19? **Aust J Prim Saúde**, v. 26, n. 3, p. 207–211, 2020. Disponível em: [What should primary care look like after the COVID-19 pandemic? - PubMed \(nih.gov\)](#) . Acesso em: 20 dez 2022. DOI 10.1071/PY20095

DEVAKUMAR, D. *et al.* Racism and discrimination in COVID-19 responses. **The Lancet**, v. 395, p. 1194, Abr. 2020. DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30792-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30792-3) . Acesso em: 17 ago. 2021.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139> . Acesso em: 15 nov. 2021. DOI 10.1001/jama.1988.03410120089033

DRIESSNACK, M.; SOUZA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: desenhos de pesquisas qualitativa. **Rev Latino-am**

**Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 183-187, Ago. 2007. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16145/17768> . Acesso em: 06 abr. 2022.

DUNLOP, C.; HOWE, A.; LI, D.; ALLEN, L. N. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open [Internet]**. Jan. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041> . Acesso em: 08 ago. 2021.

ENGLAND. Guidance Transmission Characteristics and Principles of Infection Prevention and Control. Public Health England. Jul. 2020. Disponível em: [COVID-19: infection prevention and control \(IPC\) - GOV.UK \(www.gov.uk\)](https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-infection-prevention-and-control-ipc). Acesso: 17 jan. 2022.

ENGSTROM, E. *et al.* Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. Observatório Covid-19. **Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em 05 mar. 2022.

EVERS, J. C. **From the Past into the Future**. How Technological Developments Change Our Ways of Data Collection, Transcription and Analysis. Forum: Qualitative Social Research. 2011.

FARSALINOS, K. *et al.* Improved strategies to counter the COVID-19 pandemic: Lockdowns vs. primary and community healthcare. **Toxicology Reports**, v. 8, p. 1-9. 2021. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2020.12.001>. Acesso em: 15 jan. 2022.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da atenção primária à saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, p. 4-12, Set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>. Acesso em: 15 jan. 2022.

FAUSTO, M. C. R; MENDONÇA; M. H. M, GIOVANELLA, L. **Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate**. In: FAUSTO, M. C. R, FONSECA, H. M. S. (Org.). Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.

FERREIRA, A. F. *et al.* Estratégias para o monitoramento da Covid-19 por Agentes Comunitários de Saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, 2021. DOI 10.1590/0034-7167-2020-0642 Acesso em: 11 nov. 2022.

FERREIRA, V. E., *et al.* O agir da vigilância sanitária frente à covid-19 e o necessário exercício da intersetorialidade. Sanare. **Revista De Políticas Públicas**, v. 20, 2021. DOI <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i0.1508> Acesso em: 11 nov. 2022.

FERNANDEZ, M. *et al.* Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 4, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/rHQ55dwmfK5WCSGS8xDpyDt/>. Acesso em: 7 out. 2022.

FERNANDEZ, M. V. *et al.* Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **APS EM Ver**, v. 2, n. 2, p. 114-21, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/84> Acesso em: 15 dez. 2022.

FREEMAN, D. Coronavirus conspiracy beliefs, mistrust, and compliance with government guidelines in England. **Psychological Medicine**, v. 1, n. 13, 2020.

FREITAS, L. P. *et al.* A importância do agendamento na gestão da demanda em tempos de pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020. DOI 101590/S1679-49742020000400016

FREITAS, P. S. *et al.* Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc Saúde Colet**, v. 23, n. 7, p. 2383-2392, 2018.

FERREIRA, V. L. **As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí**. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

FERIGATO, S. *et al.* The Brazilian government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, London, England, v. 396, n. 10.263, p. 1.636, 2020. Disponível em: DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32376-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32376-X). Acesso em: 15 jan. 2022.

FERNANDES, D. M. A. P. A preceptoria em medicina de família e comunidade e as estratégias de organização da atenção primária frente à COVID-19. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2832, 2021. Disponível em: DOI [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2832](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2832). Acesso em: 15 jan. 2022.

FRANCO, T. B. Pandemia de COVID-19: o que será que virá? In: Franco, T. B. (org.) **Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19**. 1. ed. Porto Alegre: Ed. REDEUNIDA, 2022, X p. Disponível em: [Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19 - Editora Rede Unida](#). Acesso em: 15 jan. 2022.

GARG, S.; BASU, S.; RUSTAGI, R.; BORLE, A. Preparação da Unidade de Cuidados de Saúde Primários para Prestação de Serviços Ambulatoriais Durante a Pandemia COVID-19 na Índia: Estudo Transversal. **JMIR Public Health Surveill**, v. 6, n. 2, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.2196/19927>. Acesso em: 15 jan. 2022.

GIANNOPOULOU, I.; TSOBANOGLOU, G. O. COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. **Ir J Psychol Med**, v. 37, n. 3, p. 226-230, Set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.35>. Acesso em: 15 jan. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M; ALMEIDA, P. F; ESCORE, S. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Acesso em: 25 set. 2021.

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**, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>. Acesso em: 25 set. 2021.

GOIS-SANTOS, V. T. Primary Health Care in Brasil in the times of COVID-19: changes, challenges and perspectives. **Rev Assoc Med Bras (1992)**, v. 66, n. 7, p. 876-879, Jul. 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.876>. Acesso em: 30 ago. 2021.

GONDIM, G. M. M. O Território da Saúde: a organização do sistema e a territorialização. In: MIRANDA, A.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.; MONKEN, M. organizadores. **Território, Ambiente e Saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600027>. Acesso em: 13 set. 2021.

GUIMARÃES, F. G. *et al.* A organização da atenção primária à saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n.2, p. 74-82, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.128>. Acesso em: 13 set. 2021.

GRAY, R. SANDERS, C. Uma reflexão sobre o impacto da COVID-19 nos cuidados de saúde primários no Reino Unido. **J Interprof Cuidados**, v. 34, n. 5, p. 672–678, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32962462/> Acesso em: 13 dez. 2022. DOI 10.1080/13561820.2020.1823948

HALCOMB, E. *et al.* The Experiences of Primary Health care Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. **J Nurs Scholarsh**, v. 52, n. 5, p. 553-563, Sep. 2020. Disponível em: [The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia - PubMed \(nih.gov\)](https://doi.org/10.1111/jnu.12589). Acesso em: 20 Out. 2021. DOI <https://doi.org/10.1111/jnu.12589>

HARZHEIM, E. *et al.* Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **RBMFC**, v. 14, n. 41, p. 1-9, 2019. Disponível em: DOI [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1881](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1881). Acesso em: 25 jun. 2021.

HARZHEIM, E.; D'AVILA, O. P. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 25, Jun. 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>. Acesso em: 25. ago. 2021.

HUSTON P. *et al.* COVID-19 and primary care in six countries. **BJGP Open**, v. 4, n. 4, 2020. Disponível em: [https://bjgpopen.org/content/4/4/bjgpopen20X101128?utm\\_source=trendmd&utm\\_medium=pc&utm\\_campaign=BJGP\\_Open](https://bjgpopen.org/content/4/4/bjgpopen20X101128?utm_source=trendmd&utm_medium=pc&utm_campaign=BJGP_Open). Acesso em: 10 nov. 2022.

HERNANDEZ-ORALLO, E. *et al.* Evaluating how smartphone contact tracing technology can reduce the spread of infectious diseases: the case of COVID-19. **IEEE Access**, v. 8, May. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1109/access.2020.2998042>. Acesso em: 25 jun. 2021.

HONE, T. *et al.* Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. **Health Affairs**, v. 36, n.1, p. 149-58, 2017a. Disponível em: [ARCA: Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance \(fiocruz.br\)](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0966). Acesso em: 25 jun. 2021. DOI 10.1377/hlthaff.2016.0966.

HONE, T. *et al.* Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **PLoS Med**, v.14, n. 5, 2017b. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>. Acesso em: 25 jul. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Bahia: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Bahia: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Bahia: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/>. Acesso em: 15 Abr. 2022.

IRAQUARA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de contingências municipal para enfrentamento do novo Coronavírus – 2019-n Cov**. Iraquara, 2020.

IRAQUARA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de contingências municipal para enfrentamento do novo Coronavírus – 2019-n Cov**. Iraquara, 2021.

KEESARA, S.; JONAS, A.; SCHULMAN, K. Covid-19 and health care's digital revolution. **N Engl J Med**, v. 382, Jun. 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005835>. Acesso em: 25 jul. 2021.

KIDD, M. R. Cinco princípios para a preparação para a pandemia: lições da resposta australiana aos cuidados primários à COVID-19. **Br J Gen Pract**, v. 70, n. 696, p. 316–317, 2020. Disponível em: [Five principles for pandemic preparedness: lessons from the Australian COVID-19 primary care response \(nih.gov\)](https://doi.org/10.1136/bmjgp-2020-022000). Acesso em: 20 dez 2022. DOI: 10.3399/bjgp20X710765.

KUHLMANN, E.; BATENBURG, R.; DUSSAULT, G. A people-centred health workforce in Europe: how to make it happen? **Health Policy**, v. 122, n. 10, p. 1053-1054, 2018. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.09.006>. Acesso em: 25 jul. 2021.

LAU, H. *et al.* The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. **J Travel Med**, v. 27, n. 3, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa037>. Acesso em: Acesso em: 25 jul. 2021.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LIMA, et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 42, n. 1, Set. 2018. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>. Acesso em: 25 jul. 2021.

LIM, W. H.; WONG, W. M. COVID-19: Notes From the Front Line, Singapore's Primary Health Care Perspective. **Ann Fam Med**. v. 18, n. 3, p. 259-261, May. 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1370/afm.2539>. Acesso em: 25 jul. 2021.

LI, X. *et al.* Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. **Lancet**. v. 395, n. 10239, p. 1802-12, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30122-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30122-7.pdf). Acesso em: 20 dez. 2022.

LO, I. L. *et al.* Evaluation of SARS-CoV-2 RNA shedding in clinical specimens and clinical characteristics of 10 patients with COVID-19 in Macau. **Int J Biol Sci**, v. 16, n. 10, p. 1698-1707, Mar. 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.7150/ijbs.45357>. Acesso em: 25 jul. 2021.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. D.; BAPTISTA, T. W. D. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 143-161, Out. 2017. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em: 25 jul. 2021.

- MACHADO, M. H. XIMENES NETO, F. R. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, 2018.
- 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 & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4185-4195, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, Set. 2018. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- MASSUDA, A. *et al.* A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cad. EBAPE.BR**, v. 19, 2021. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1679-395120200185>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- MAXQDA. Qualitative Data Analysis Software. 2020. Disponível em: <http://www.maxqda.com/>. Acesso em: 19 de novembro de 2022.
- MAXQDA. Qualitative Data Analysis Software. 2022. Disponível em: <http://www.maxqda.com/>. Acesso em: 19 de novembro de 2022.
- MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: **Hucitec**, 1996.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. Hucitec: São Paulo. 2002.
- MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. organizadores. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S131>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MITCHELL, S. *et al.* The role and response of primary healthcare services in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. **Palliat Med**, v. 34, n. 9, p. 1182-1192, Oct. 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1177/0269216320947623>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- NACOTI, M. *et al.* At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. **New England Journal of Medicine Catalyst Innovations in Care Delivery**. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>. Acesso em: 09 de mar. 2022. DOI: 10.1056/CAT.20.0080.
- NOGUEIRA, M. L. *et al.* Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2020. 72 p. (Boletim da Pesquisa, 1). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42709>. Acesso em: 22 de nov. 2021.

NUNES, B. P. *et al.* Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 12, p. 1-12, 2020. DOI [doi.org/10.1590/0102-311x00129620](https://doi.org/10.1590/0102-311x00129620)

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde. **Orientações sobre o uso de máscaras na comunidade, durante o atendimento domiciliar e em estabelecimentos de saúde no contexto do novo surto de coronavírus (2019-nCoV)**, 2020. Acesso em: 18 mar. 2022.

Disponível em:

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51860/OPASBRANCOV20001\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51860/OPASBRANCOV20001_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

ORNELL, F. *et al.* Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 12–16, 2020. Disponível em:

<https://revistardp.org.br/revista/article/view/35> . Acesso em: 7 out. 2022.

PAGLIARI, C. Digital health and primary care: Past, pandemic and prospects. **J Glob Health**. v. 11, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34221352/> Acesso em: 15 jan. 2023. DOI 10.7189/jogh.11.01005.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 18 mar. 2022.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

PAIVA, M. R. B. *et al.* Agendamento de consultas eletivas na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 237-246, 2021. DOI 10.1590/1413-81232020261.29272019

PINTO, I. C. M., PADILLA, M., NUNES, T. C. M. Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde. In: **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.

PAGLIARI, C. Digital health and primary care: Past, pandemic and prospects. **J Glob Health**, v. 2, n. 11. Disponível em: [Digital health and primary care: Past, pandemic and prospects - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34221352/). Acesso em: 17 dez. 2022. DOI 10.7189/jogh.11.01005.

Pan American Health Organization - PAHO. **Declaracion de alma-ata. Conferência internacional sobre atención primaria de salud**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270). Acesso em: 18 mar. 2022.

PARMET, W. E.; SINHA, M. S. Covid-19 - the law and limits of quarantine. **N Engl J Med**, v. 382, n. 15, Apr. 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004211>. Acesso em: 18 mar. 2022.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2. **Norma nº 004/2020 de 25/04/2020**. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-23032020-pdf.aspx>. Acesso em: 15 nov. 2021.

- PRADO, N. M. B. L. *et al.* The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. **Cad Saude Publica**, v. 36, n. 12, Nov. 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- PROCIANOY, G. S. *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 03, Mar. 2022. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.20082021>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- ROBERTON, T. *et al.* Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. **Lancet Glob Health**, v. 8, n. 7, p. 901-908, Jul. 2020. Disponível em: DOI [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1). Acesso em: 15 nov. 2021.
- RODRIGUES, C.; BLATTMANN, U. Gestão da informação e a importância do uso de fontes de informação para geração de conhecimento. **Perspectivas em Ciências da Informação**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 4-29, Sep. 2014. Disponível em: DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5344/1515>. Acesso em: 17 jan. 2022.
- RASANATHAN, K.; EVANS, T. G. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19. **Bull World Health Organ**. v. 98, n. 11, p. 801-808, 2020. Disponível em: [Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19 - PMC \(nih.gov\)](https://doi.org/10.2471/BLT.20.252932). Acesso em: 07 dez. 2022. DOI 10.2471/BLT.20.252932.
- RAWAF, S.; ALLEN, L. N.; STIGLER, F. L. *et al.* Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. **Eur J Genet Pract**, v. 26, n. 1, p.129–133, 2020. Disponível em: [Artigo completo: Lições sobre a pandemia de COVID-19, para e por profissionais de atenção primária em todo o mundo \(tandfonline.com\)](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13618750.2020.1818181) . Acesso em: 04 jan. 2023.
- RIBEIRO, M. A. *et al.* (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS EM Rev**, v. 2, n. 2, p. 177-88, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/12> . Acesso em: 17 dez. 2022.
- RIBEIRO, A. M. V. B.; SERVO, M. L. S. Uso do software IRAMUTEQ em estudos com representações sociais. In: MISSIAS-MOREIRA, R.; FREITAS, V. L. C.; ROCHA, J. C. C. **Representações sociais na contemporaneidade**. Curitiba: Editora CRV, 2019. cap. 3, p. 45-57.
- SANTANA, M. M.; MEDEIROS, K. R.; MONKEN, M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00154>. Acesso em: 17 mar 2022.
- SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. **Aspectos metodológicos na utilização da análise de implantação na pesquisa avaliativa**. In: MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C.; SANTOS, T. A., (Orgs.). Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 127-153. ISBN 978-85-232-1161-5. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 mar. 2020.
- SANTOS, *et al.* O conflito armado e os impactos na saúde dos trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/p7b79RPNX4W6Yh7rrHqwc3k/?lang=pt> . Acesso em: 7 out. 2022.

SANTOS, N. J. S.; VIEIRA, S. L. M. Pandemia de COVID-19 no Brasil: Desafios e estratégias para a atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 1, p. 257-269, 2020. DOI 10.1590/0103-11042020S15

SANTOS, G. O. *et al.* Utilização de Unidades Básicas de Saúde com espaço extra no enfrentamento da Covid-19: relato de experiência em um município do interior de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 31, 2021b. DOI 10.25248/reas.e2047

SANTOS, *et al.* Potencialidade da Educação Permanente na prevenção da infecção pelo Covid-19 em profissionais de saúde: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, 2021.

SANTOS, L. G. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus em Indivíduos com COVID-19: um estudo retrospectivo de óbitos em Pernambuco, Brasil. **Arq Bras Cardiol**. v. 117, n. 2, p. 416-22, 2021. DOI <https://doi.org/10.36660/abc.20200885>. Acesso em 18 ago. 2022.

SCHONFELDER, W. **CAQDAS and qualitative syllogism logic – NVivo 8 and Maxqda 10 compared**. Forum: Qualitative Social Research, v. 12, 2011.

SILVA, C. R. D.V. *et al.* Digital Health Opportunities to Improve Primary Health Care in the Context of COVID-19: Scoping Review. **JMIR Hum Factors**, 2022. Disponível em: [Digital Health Opportunities to Improve Primary Health Care in the Context of COVID-19: Scoping Review - PubMed \(nih.gov\)](#). Acesso em: 17 dez. 2022. DOI 10.2196/35380.

SILVA, I. C. *et al.* Adoção de coping ao estresse utilizado por enfermeiros de unidade de emergência hospitalar: uma revisão integrativa. Em: 2021. Disponível em: <https://saude.convibra.org>. Acesso em: 7 out. 2022.

SCOTT, V. CRAWFORD-BROWNE, S. SANDERS, D. Criticando a resposta à epidemia de ebola através de uma abordagem de cuidados de saúde primários. **BMC Saúde Pública**, p. 16-410, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27185252/>. Acesso em: 21 dez. 2022.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e serviços de saúde**: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jan. 2022. DOI 10.5123/S1679-49742020000200024

SILVEIRA, J. P. M. Zonta R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS em Revista**, v. 2, n. 2 p. 6-91, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.122>. Acesso em: 17 jan. 2022.

SOUTO SOARES. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de contingências municipal para enfrentamento do novo Coronavírus**. Souto Soares, 2021.

SOUZA, J.B. *et al.* Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0193>. Acesso em: 17 jan. 2022.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINCKO, J. Contribution of Primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>. Acesso em: 20 fev. 2022.

- TANAKA, O. U; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.
- TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.
- TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>. Acesso em: 17 jan. 2022.
- TEIXEIRA, C. F.S. *et al.* The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. **Cien Saude Colet**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: [The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/) . Acesso em: 07 dez. 2022. DOI 10.1590/1413-81232020259.19562020.
- TSE, D. M. *et al.* Fighting against COVID-19: preparedness and implications on clinical practice in primary care in Shenzhen. **BMC Fam Pract**. v. 21, n. 1, p. 271, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01343-2>. Acesso em: 17 jan. 2022.
- TURCI, M.; HOLLIDAY, J.; OLIVEIRA, N. A vigilância epidemiológica diante do Sars-Cov-2: desafios para o SUS e a atenção primária à saúde. **APS em Revista**, v. 2, p. 44-55, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.70>. Acesso em: 17 jan. 2022.
- TRIVIÑOS, A. N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- UNITED STATES. Centers for Disease Control and Prevention. **COVID-19**. Disponível em: [Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) | CDC](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/). Acesso em: 20 nov. 2021.
- VALE, E. P. *et al.* Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. **APS EM Ver**, v. 2, n. 2, p. 83-90, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/101>. Acesso em: 17 dez. 2022.
- VITÓRIA, A. M.; CAMPOS, G. W. S. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. 2020. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>
- VERHOEVEN, V. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. **BMJ Open**, v. 10, n. 6, 2020. Disponível em: DOI <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039674>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- WANG, J.; ZHOU, M.; LIU, F. Exploring the reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **J Hosp Infect**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.002>
- WILLIAMS, S. TSILIGIANNI, I. COVID-19 poses novel challenges for global primary care. **NPJ Prim Care Respir Med**, v. 30, n. 1, 2020. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1038/s41533-020-0187-x>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2022. Disponível em: [WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard | WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard With Vaccination Data](https://covid19.who.int/). Acesso em: 03 abr. 2022.

World Health Organization (WHO). Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. 2020. Disponível em:

[https://www.who.int/immunization/immunization\\_agenda\\_2030/en/](https://www.who.int/immunization/immunization_agenda_2030/en/). Acesso em: 18 mar. 2022

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. tradução: GRASSI, D. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZINGRA, K. N. *et al.* Educação permanente para profissionais da área da saúde como estratégia de combate ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 na região norte: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, 2020.

**APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada para o grupo dos trabalhadores da saúde.**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS**

**TÍTULO DO PROJETO:** (RE)ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: A EXPERIÊNCIA DE MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO CENTRO LESTE DA BAHIA

**ENTREVISTA: GRUPO I (Trabalhadores da saúde)**

**CÓDIGO DO ENTREVISTADO:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**ROTEIRO:**

1. Fale sobre o que você conhece sobre a pandemia da COVID-19.
2. O que você entende por organização dos serviços.
3. Qual a importância da atenção primária/atenção básica no enfrentamento dessa pandemia? Por quê?
4. Você poderia falar sobre o que mudou na sua rotina de trabalho durante a pandemia?
5. Quais ações/estratégias que foram inovadas dentro da equipe para enfrentar o vírus?
6. Quais ações/estratégias foram inovadas para cuidar da população?
7. Que tipo de intervenção, você enquanto profissional, fez (ou faz) para combater a pandemia?
8. Fale sobre as facilidades na realização do seu trabalho nesse período pandêmico.
9. Fale sobre as dificuldades na realização do seu trabalho nesse período pandêmico.
10. Como você avalia as atividades realizadas pela sua equipe nesse período?
11. Os trabalhadores da saúde estavam preparados para receber esse desafio? Por quê?
12. Você acha que o quantitativo de trabalhadores foi/é suficiente para atender a população nessa pandemia? Por quê?
13. Foi feito algum curso, treinamento e/ou capacitação junto a estes profissionais? Quais?
14. Os recursos materiais foram suficientes para atender a demanda nessa pandemia? Por quê?
15. A estrutura dos serviços foi suficiente para atender a população diante das suas necessidades? Por quê?
16. Quais os pontos de apoio da atenção primária/atenção básica diante dos casos graves de COVID-19?
17. Existe interação da atenção primária/atenção básica com outros serviços de saúde? Quais?
18. Foi criado algum serviço novo para enfrentamento desse vírus? Quais?
19. Se você pudesse mudar o seu trabalho, o que faria?
20. Você tem mais informações a acrescentar sobre este período?

## **APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semiestruturada para o grupo de gestores da saúde**

### **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS**

**TÍTULO DO PROJETO:** (RE)ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: A EXPERIÊNCIA DE MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO CENTRO LESTE DA BAHIA

**ENTREVISTA:** GRUPO I (Gestores da saúde)

**CÓDIGO DO ENTREVISTADO:**

**DATA:**

**ENTREVISTADOR:**

### **ROTEIRO:**

1. Fale sobre o que você conhece sobre a pandemia da COVID-19.
2. O que você entende por organização dos serviços.
3. Qual a importância da atenção primária/atenção básica no enfrentamento dessa pandemia?
4. Você poderia falar sobre o que mudou na sua rotina de trabalho durante a pandemia?
5. Quais ações/estratégias foram criadas dentro da gestão para enfrentar o vírus?
6. Fale sobre as facilidades na realização do seu trabalho nesse período pandêmico.
7. Fale sobre as dificuldades na realização do seu trabalho nesse período pandêmico.
8. Como você avalia as atividades realizadas pela sua equipe da secretaria de saúde nesse período? Por quê?
9. Você enquanto gestor(a) estava preparado(a) para receber este desafio? Por quê?
10. Você acha que o quantitativo de trabalhadores da gestão e da atenção primária foi/é suficiente para atender a população nessa pandemia? Por quê?
11. Você participou de algum curso, treinamento e/ou capacitação nesse período? Qual (is)?
12. Os recursos materiais foram suficientes para atender a demanda nessa pandemia? Por quê?
13. Existe interação da atenção primária/atenção básica com outros serviços de saúde? Como?
14. Quais os pontos de apoio da atenção primária/atenção básica diante dos casos graves de COVID-19?
15. A estrutura dos serviços foi/é suficiente para atender a população diante das suas necessidades? Por quê?
16. Foi criado algum serviço novo para enfrentamento desse vírus? Qual?
17. Se você pudesse mudar ou criar algo nesse período, o que você faria?
18. Você tem mais informações a acrescentar sobre este período?

**APÊNDICE C – PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

**Código:** \_\_\_\_\_ (preenchimento do pesquisador) **Idade:** \_\_\_\_\_

**Gênero:** ( ) Masculino ( ) Feminino **Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**Religião:** ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Sem religião ( ) Outra: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Em união ( ) Separado/Divorciado ( ) Viúvo

**Número de filhos:** \_\_\_\_\_

**Quantas pessoas moram na residência?** \_\_\_\_\_

**Faixa salarial:** ( ) 1 a 3 salários ( ) 4 a 6 salários ( ) mais que 6 salários

**Renda familiar:** ( ) 1 a 3 salários ( ) 4 a 6 salários ( ) mais que 6 salários

**Grau de escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Tipo de vínculo trabalhista:** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo atua na Atenção Básica?**

- ( ) menos que 01 (um) ano ( ) de 01 a 02 anos  
( ) de 02 a 05 anos ( ) acima de 05 anos – Quantos? \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo atua nesta equipe da Atenção Básica?**

- ( ) menos que 01 (um) ano ( ) de 01 a 02 anos  
( ) de 02 a 05 anos ( ) acima de 05 anos – Quantos? \_\_\_\_\_

**Em qual setor/unidade você trabalha atualmente?** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo trabalha neste tipo de Unidade?** \_\_\_\_\_

**Já trabalhou em outro tipo de Unidade de atendimento na Atenção Básica?**

- ( ) Sim ( ) Não Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

**Qual sua jornada de trabalho semanal na Atenção Básica?**

- ( ) 20 horas ( ) Até 30 horas ( ) Até 40 horas ( ) + de 40 horas

**Atua em outras instituições ou serviços?**

- ( ) Sim ( ) Não Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

**O que você faz em seu momento de lazer?**

- ( ) passeio em parque ( ) passeio em shopping ( ) visita a amigos e/ou familiares  
( ) cinema ( ) teatro ( ) leitura ( ) casa de shows e dança ( ) clube ( ) festa  
( ) bares/restaurantes ( ) dorme/descansa  
( ) viagem (com que frequência?) \_\_\_\_\_  
( ) outras atividades ou hobbies? Quais? \_\_\_\_\_

**Pratica algum esporte e/ou atividade física?**

- ( ) Sim ( ) Não Se sim, Qual (is)? \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE**

O senhor(a), está sendo convidado(a) a participar do estudo “(Re)organização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária durante a pandemia de COVID-19: a experiência de municípios da Macrorregião Centro Leste da Bahia”. Esta pesquisa tem como objetivo geral “Analisar a (re)organização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19 nos municípios da Macrorregião Centro Leste da Bahia”, e objetivos específicos “Identificar a capacidade instalada dos serviços de Atenção Primária em Saúde para enfrentamento da pandemia da COVID-19, a partir da (re)organização das ações no município”; “Identificar os recursos humanos e materiais necessários para (re)organização das ações e serviços de saúde da Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19”; “Descrever as ações e os serviços de saúde implementados/desenvolvidos pela Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos municípios da Macrorregião Centro Leste da Bahia”. Se você consentir sua participação, deverá assinar este termo e entregar ao pesquisador. Sua participação será de forma voluntária e você terá liberdade para marcar a data, hora e local para a realização da entrevista. O instrumento para a coleta de dados será um roteiro de entrevista semiestruturado, que consiste numa conversa com um roteiro pré-definido e será registrado por gravador, se assim você permitir. Será utilizado um pseudônimo, mantendo sua privacidade e anonimato. O material ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável, armazenados em seu banco de arquivos pessoal por um período de cinco anos, sendo destruídos após esse período. Caso haja necessidade de maiores informações, você poderá entrar em contato com a secretaria do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, localizada no Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva, na UEFS (6º módulo), Av. Transnordestina S/N – Bairro Novo Horizonte – CEP 44.036-900, 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 CEP é um colegiado responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Acreditamos que esse estudo possa proporcionar a gestão, aos profissionais e aos serviços de saúde caminhos inovadores que possam promover a (re)organização da atenção primária em saúde, fortalecendo os serviços para o enfrentamento de situações adversas como esta da pandemia da COVID-19. No transcurso da entrevista, caso o senhor(a) não se sinta à vontade para responder alguma pergunta, ou não queira mais ser entrevistada, poderá desistir a qualquer momento, mesmo após a mesma ter sido iniciada, sem nenhum prejuízo ou penalidade. Não haverá remuneração pela participação neste estudo, mas qualquer gasto que o senhor(a) por ventura vier a ter, em detrimento da pesquisa, será ressarcido. E se houver qualquer dano relacionado à mesma, o senhor(a) receberá indenização. Pedimos sua autorização para gravar seu depoimento e posteriormente divulgar o trabalho em eventos científicos e revistas da área de saúde. O pesquisador se compromete a apresentar os resultados do trabalho nas instituições e você será convidado a participar. Este termo foi elaborado com duas vias e você ficará com uma delas, em que constam as informações citadas acima para entrar em contato em caso de quaisquer dúvida. Caso aceite participar desse estudo, assine o termo e fique com uma via do mesmo.

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

---

Participante da Pesquisa

---

Cleuton Machado Cavalcante  
Pesquisador responsável