



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Programa de Mestrado Profissional em Educação
nas Profissões da Saúde

Carla Martins Crivellaro

**Percepções e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da
Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19**

Sorocaba

2021

Carla Martins Crivellaro

**Percepções e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da
Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19**

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em Educação nas Profissões da Saúde, sob orientação da Profa. Dra. Lúcia Duarte Rondelo.

Sorocaba
2021

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

C278

Crivellaro, Carla Martins Crivellaro Carla
Percepções e práticas de profissionais da
Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da
Pandemia COVID 19. / Carla Martins Crivellaro Carla
Crivellaro. -- Sorocaba, SP: [s.n.], 2021.
111p. orientadora. ; cm.

Orientador: Lúcia Rondelo Duarte.
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, Programa de
Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da
Saúde.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia de Saúde
da Família. 3. Pandemia. 4. Educação em saúde. I.
Duarte, Lúcia Rondelo. II. Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós
Graduados em Educação nas Profissões da Saúde. III.
Título.

CDD

Banca Examinadora

Dedico este trabalho ao meu querido e saudoso pai, a minha mãe por ser minha base e meu maior exemplo de mulher, e ao meu marido, meu alicerce, meu admirador e companheiro, que me dá forças, me apoia, e acredita em mim e nos meus sonhos. Vocês são a minha estrutura e a razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela minha vida e saúde! Por me permitir tudo!

Ao meu pai Sérgio (*in memoriam*) por me guiar de onde está, por ter sido meu exemplo e referência. Sua filha conseguiu, virei mestre, esse título é seu!

A minha mãe por ter me apoiado em toda a minha formação, por ser minha fiel admiradora, meu exemplo de força e determinação. Se eu cheguei até aqui, foi por você ter me ensinado a nunca desistir.

Ao meu marido Túlio, por ser minha força nos momentos de desespero, meu grande incentivador nos meus sonhos e devaneios, meu porto seguro nos meus momentos de aflição e insegurança. Pela fé, confiança e admiração que sempre depositou em mim.

Aos meus familiares e amigos pelas palavras acolhedoras e conforto, pelas injeções de ânimo, pela compreensão da minha ausência neste período e pela confiança depositada em mim.

Aos professores do colegiado da Fisioterapia da Universidade de Sorocaba: Aline, Lauren, Thaís, Renata, Amanda, Hugo, Mateus e Marco, pelo incentivo, pela força, pela paciência, pelo cuidado, pelas orações e torcida que tiveram por mim. Vocês acompanharam de perto a minha angústia e corrida para conseguir chegar até aqui. Meu muito obrigada por serem a minha calma durante a tempestade.

As minhas companheiras fiéis de mestrado Simone e Camila, sem vocês não teria chegado até aqui. Muitas palavras de força e incentivo recebi para persistir no caminho. Minha gratidão pela torcida, levo vocês no coração.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação nas Profissões da Saúde que participaram da minha formação e crescimento profissional, muito grata pela competência profissional e pela partilha e doação de conhecimento que tiveram comigo.

A minha orientadora por ter acreditado em mim e ter me presenteado com o tema deste trabalho, pela perseverança nos ensinamentos, pela paciência nos meus momentos de angústia, por ter aceitado entrar na corrida contra o tempo para terminar o trabalho. Meu muito obrigada por não ter me abandonado, pela ajuda de me aguentar e me sustentar até aqui, por toda contribuição que depositou em meu crescimento pessoal e profissional para a realização do trabalho em questão.

RESUMO

Crivellaro CM. Percepções e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19

A disseminação do novo coronavírus (SARS CoV- 2) colocou em xeque as estruturas de saúde mundial e foi decretada como pandemia pela OMS. Diante do atual cenário, a unidade básica de saúde da família busca se reinventar para atender essa nova demanda de pacientes com síndrome gripal, com reforço na educação em saúde pela veiculação de informações seguras à população, inclusive dos mais vulneráveis. O estudo teve como objetivos avaliar as mudanças na prática cotidiana de cuidados de saúde decorrentes do enfrentamento da pandemia, verificar as dificuldades dos profissionais quanto a essas mudanças, analisar o processo de educação em saúde durante a pandemia, evidenciar as experiências positivas vivenciados por eles. Trata-se de pesquisa descritiva, transversal e de abordagem qualitativa. Participaram 18 profissionais da equipe de saúde da família de uma unidade básica de saúde de um município do interior do estado de São Paulo. A coleta de dados consistiu em entrevista oral gravada em áudio, e aplicação de formulário sociodemográfico. Para análise e interpretação dos resultados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática. A maioria das participantes está na faixa etária de 30 a 49 anos, com ensino médio completo, todas do sexo feminino, com janela temporal de atuação na unidade de 2 a 7 anos. Os depoimentos das entrevistadas foram agrupados em cinco categorias temáticas: mudanças na prática cotidiana, sentimentos em relação às mudanças, dificuldades encontradas, educação em saúde e experiências positivas. O trabalho em equipe e a valorização profissional foram as experiências positivas mais citadas; resistência e agressividade dos usuários, condições precárias de trabalho e agravamento das condições de saúde da população as principais dificuldades; medo, impotência e insegurança os sentimentos negativos mais evidenciados. Com isso se estabelece a importância de manter as atividades rotineiras de saúde no enfrentamento da pandemia, a inserção de intervenções educacionais de forma mais efetiva para uniformizar a comunicação e o conhecimento técnico dos profissionais e acompanhamento psicológico deles.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Estratégia de Saúde da Família; Pandemia; Educação em saúde; Infecção por coronavírus.

ABSTRACT

Crivellaro CM. Perceptions and practices of family health strategy professionals in coping with the COVID pandemic 19

The spread of the new coronavirus (SARS CoV-2) has called global health structures into check and was decreed as a pandemic by the WHO. Given the current scenario, the basic family health unit seeks to reinvent itself to meet this new demand of patients with flu syndrome, with reinforcement in health education by transmitting safe information to the population, including the most vulnerable. The study aimed to evaluate the changes in the daily practice of health care resulting from coping with the pandemic, to verify the difficulties of professionals regarding these changes, to analyze the process of health education during the pandemic, to highlight the positive experiences experienced by them. This is a descriptive, cross-sectional and qualitative research. The participants were 18 professionals from the family health team of a basic health unit in a municipality in the interior of the state of São Paulo. Data collection consisted of an audio-recorded oral interview and sociodemographic form application. Content analysis, thematic modality, was used to analyze and interpret the results. Most of the participants are in the age group of 30 to 49 years, with complete high school, all female, with a time window of performance in the unit from 2 to 7 years. The interviewees' statements were grouped into five thematic categories: changes in daily practice, feelings regarding changes, difficulties encountered, health education and positive experiences. Teamwork and professional appreciation were the most cited positive experiences; resistance and aggressiveness of users, precarious working conditions and worsening of the population's health conditions the main difficulties; fear, impotence and insecurity the negative feelings most evidenced. This establishes the importance of maintaining routine health activities in coping with the pandemic, the insertion of educational interventions more effectively to standardize the communication and technical knowledge of professionals and psychological follow-up of them.

Keywords: Primary health care; Family Health Strategy; Pandemic; Health education; Coronavirus infection.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde	Programada de Educação pelo Trabalho para a Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
SES	Secretária Estadual da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde
EPIs	Equipamentos de proteção individual
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
CGU	Controladoria-Geral da União
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 Características sociodemográficas e de formação dos participantes do estudo.....	36
Tabela 2 Tempo de atuação dos profissionais na APS e na linha de frente de outras epidemias.....	37
Quadro 1 Categorias e subcategorias temáticas sobre percepções e práticas no enfrentamento da pandemia COVID 19.....	38
Quadro 2 Mudanças nas práticas cotidianas	39
Quadro 3 Sentimentos em relação às mudanças.....	44
Quadro 4 Dificuldades enfrentadas.....	48
Quadro 5 Educação em saúde.....	52
Quadro 6 Experiências Positivas.....	56

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. INTRODUÇÃO.....	15
2.1 Atenção Primária à Saúde	15
2.2 Estratégia Saúde da Família (ESF).....	19
2.3 A ESF e seu papel na pandemia COVID 19.....	22
2.4 Educação em Saúde na pandemia.....	25
3. OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivos geral.....	29
3.2 Objetivos Específicos.....	29
4. MÉTODOS.....	30
4.1 Tipo de Estudo.....	30
4.2 Cenário da Pesquisa.....	30
4.3 Participantes do estudo.....	32
4.3.1 Critérios de Inclusão e exclusão.....	33
4.4 Coleta de dados.....	33
4.5 Análise dos Resultados.....	33
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	35
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
6.1 Caracterização dos participantes.....	36
6.2 Percepções e práticas no enfrentamento da pandemia COVID 19.....	38
6.2.1 Mudanças na prática cotidiana.....	39
6.2.2 Sentimentos em relação às mudanças.....	44
6.2.3 Dificuldades encontradas.....	47
6.2.4 Educação em saúde.....	52
6.2.5 Experiências positivas.....	56
7. CONCLUSÕES.....	61
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICES.....	74
APÊNDICE A QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL.....	74
APÊNDICE B ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	76
APÊNDICE C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77

APÊNDICE D QUADROS TEMÁTICOS DA ANÁLISE QUALITATIVA.....	80
ANEXOS.....	105
ANEXO A - CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA DA PUC.....	105
ANEXO B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA DE SOROCABA.....	106
ANEXO C - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	107
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	108

1. APRESENTAÇÃO

Há exatos 4 anos a pedido da minha Coordenadora da Instituição de Ensino Superior na qual eu trabalho, assumi a supervisão do estágio curricular obrigatório em Fisioterapia aplicada na Atenção Primária à Saúde. Considerei esse acontecimento como um grande desafio na minha vida profissional, visto que meu olhar, estudos, atuação e dedicação sempre foram voltados exclusivamente para a Terapia Intensiva Adulto.

Minha primeira atuação como professora supervisora deste estágio se deu na Unidade de Saúde da Família Jardim Tatiana. A Fisioterapia neste território contemplava apenas a ação terciária, pois todos os atendimentos prestados eram domiciliares com objetivos de tratamento voltados para o quesito reabilitador, pouco conseguindo atuar no processo de educação em saúde de grande parte dos moradores. Naquela época, esta Unidade passava por reformas e reestruturação, o que dificultava nossa ação, por falta de espaço, estrutura física e prática de trabalho como equipe multidisciplinar.

Desta forma, junto com o desafio, vinham os sentimentos de inquietude e frustração, uma vez que a prática de cuidados se torna condição essencial para uma assistência mais holística e integrada, com abordagens de promoção e prevenção no formato coletivo e individual.

Com toda essa problemática, nova parceria surgiu com a Estratégia de Saúde da Família Cajuru do Sul, onde passei a alcançar oportunidades, aprendizados, envolvimento e entendimento sobre o papel ordenador de fluxo da Atenção Primária à Saúde e suas múltiplas ações e funções, mediante à necessidade e à demanda dos usuários.

Por inúmeras vezes, participei de ações educativas na própria unidade básica de saúde, por meio de atividades, palestras, teatros e informativos, todos eles voltados para as necessidades de saúde levantadas pela equipe interdisciplinar, baseadas nas informações e importante trabalho das agentes comunitárias de saúde, nas ricas discussões de casos que a Fisioterapia acompanhava e prestava atendimento (in loco ou em domicílio), além de diversas dinâmicas com intervenções direcionadas a grupos específicos (idosos, gestantes, doenças e dor crônica) com o intuito de minimizar os agravos desses pacientes.

Grande parte dessas atividades e outros fluxos de atendimento sofreram interrupções abruptas pelo surgimento do COVID 19 e pela instituição governamental do isolamento social, devido à alta taxa de contaminação pelo SARS-Cov2. Tudo isso gerou dificuldades no processo de educação voltado para capacitar os profissionais de saúde, devido às constantes mudanças dos fluxos e protocolos, além da insegurança em prestar adequada assistência a uma doença nova e obscura em relação à sua evolução. Além disso, a produção e publicação de estudos pautados em evidência científica contemplam, em sua maioria, os serviços secundários e terciários, com poucos olhares científicos para a atenção primária à saúde.

Portanto, a chegada do vírus SARS-COV 2–no Brasil, colocou em pauta a necessidade de discutir a importância da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento desta terrível pandemia, visto ser, para a grande maioria da população usuária do sistema público de saúde, a porta de entrada para a obtenção dos primeiros cuidados em saúde. Porém, isso levanta um importante questionamento: será que o profissional de saúde atuante na linha de frente na unidade básica consegue ter a percepção da importância do seu trabalho?

Assim sendo, tudo isso serviu de motivação para buscar entender e avaliar a percepção dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da família, bem como o papel da Atenção Primária à Saúde, além de identificar as principais dificuldades, mas também as experiências exitosas encontradas na vivência clínica, durante o enfrentamento da pandemia atual.

2. INTRODUÇÃO

2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A preocupação permanente em contornar as crises financeiras, com o gasto excessivo em saúde pelo uso descabido de tecnologia e baixa resolubilidade nos tratamentos médicos, fez a Inglaterra repensar em seu sistema de saúde, se tornando referência em políticas de saúde ao adotar novas concepções e reformas nos serviços e sistema de saúde, guiados pelos princípios da APS com a elaboração do Relatório de Dawson em 1920.¹

Nesse documento, foram estabelecidas algumas propostas de implantação dos serviços de saúde de forma hierarquizada e integrados em rede, garantindo cuidados preventivos e curativos por meio de ações baseadas em assistência primária, secundária e terciária, no anseio de entregar um serviço de saúde mais efetivo à população e com melhora no planejamento orçamentário.^{1,2}

Por fim, a concepção criada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde no mundo, definindo a regionalização e a integralidade como duas grandes características da APS. Porém, apenas os países desenvolvidos conseguiram se adequar de forma satisfatória a este novo formato, visto que os países pobres e em desenvolvimento lidavam com a desigualdade em seus sistemas de saúde, sem acesso digno aos cuidados básicos além da precariedade sanitária, social e econômica.^{2,3}

A regionalização trata da organização do serviço de saúde afim de contemplar o atendimento de diversas regiões nacionais, bem como na identificação das reais necessidades de saúde, distribuídas a partir de bases populacionais. A integralidade, traz consigo a união entre as ações curativas e preventivas, divergente do modelo flexneriano⁴ americano que tinha como centro a doença e o foco na ação curativa, baseado no conjunto de teorias biológicas, mecanicista e no cuidado individual. Outras especificações importantes desta característica é o atrelamento de modelos de saúde que garantem a população o acesso a todos os tipos de serviço.^{2,5}

A fim de minimizar as diferenças dos sistemas de saúde entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, quebrar paradigmas e definir novas estratégias assistenciais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas

para a Infância (UNICEF) realizaram em 1978 a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, que se tornou marco inicial na tentativa de promover a saúde englobando ações dos setores sociais e econômicos concomitantemente com os setores de saúde.⁶

Visto que práticas preventivas e de promoção de saúde contribuem para o desenvolvimento contínuo da economia e da sociedade, a Assembleia Mundial de Saúde, determinou em 1977, a imperiosa meta social para todos os governos participantes desta reunião de alcançar o maior nível de saúde possível até o ano de 2000, por meio de estratégias assistenciais vinculadas a APS, na garantia única de assegurar como direito humano a todos os cidadãos uma melhor qualidade de vida de completo bem-estar físico, mental e social.^{5,6}

Esse acontecimento político ficou conhecido internacionalmente como “Saúde para todos no ano de 2000” e projetou perspectivas de que a APS seria o elemento central para conseguir um nível desejado de “Saúde para Todos”. O pacto assinado por todos os países envolvidos recebeu o nome de Declaração de Alma-Ata, e traz consigo a definição de APS, denominada na transcrição do documento abaixo como cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. In: Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata: UNICEF, 1979, p.14.⁶

A Declaração de Alma-Ata concluiu que as instituições de serviços locais de saúde deveriam se voltar para as necessidades individuais e coletivas por meio de atendimentos realizados por uma equipe multidisciplinar, garantia da participação popular na gestão e descrição de elementos fundamentais para o desenvolvimento da APS como: educação em saúde, prevenção e controle de endemias locais, fornecimento de medicações essenciais, saneamento básico e tratamento da água,

saúde materno-infantil com inclusão da imunização e do planejamento familiar, promoção e distribuição de alimentos saudáveis e nutrição adequada, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e medicina tradicional.^{5,6}

A partir disso e das crescentes expectativas em cumprir a meta de levar “Saúde para Todos”, criou-se a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (1986)⁷ no intuito de discutir, mundialmente, uma nova saúde pública mais eficiente. A defesa em capacitar e envolver a atuação da comunidade no processo de promover a saúde para melhorar a qualidade de vida, responsabilizando os setores políticos, sociais, econômicos, culturais, comportamentais e biológicos, trouxe a ampliação do conceito de saúde, visto que não é apenas um estilo de vida saudável, e sim um bem-estar global que pode ser almejado pela composição de requisitos como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistemas estável, recursos sustentáveis, justiça social, na garantia de gerar novas oportunidades, equidade e liberdade de escolha de uma vida mais salubre.

Alguns princípios fundamentais da constituição da base da APS nos serviços de saúde foram reafirmados na década de 90 pela OMS, por meio da divulgação da Carta de Lubliana⁸ (Copenhague, 1996) que tratou da reforma dos cuidados em saúde e descreveu os seis deveres dos sistemas de saúde, sendo eles⁵:

- Valorizar a dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionamento para a promoção e proteção de saúde;
- Centrado nas pessoas, permitindo a influência dos cidadãos nos serviços, assim como responsabilizá-los em assumir a sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Base no financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo a saúde;
- Direcionamento para a Atenção Primária.

Devido a ambiguidade de algumas definições formais estabelecidas pelas conferências mundiais e o não cumprimento da meta proposta na Alma-Ata pelos países em desenvolvimento, decorrente das desigualdades em seus sistemas de

saúde, surgiram duas outras distintas interpretações de concepções de APS: seletiva e ampliada.^{2,9}

A APS ampliada/abrangente prevalece nos países europeus. Todavia, essa concepção garante ao paciente o primeiro acesso ao sistema de saúde, por meio dos centros ambulatoriais não especializados, sendo estes responsáveis pela resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população, devido à vasta oferta dos serviços clínicos gerais voltados para as ações de saúde pública. A concepção de APS seletiva predomina nos países em desenvolvimento, por meio de um programa assistencial de baixo custo tecnológico, restrito e focalizado no controle das principais doenças de grupos populacionais pobres.¹⁰

A racionalização das intervenções da APS seletiva foi difundida nos países em desenvolvimento e financiadas pela UNICEF. Devido a objetividade na seleção de algumas atividades custo-efetivas conhecida como GOBI (por suas iniciais em inglês): acompanhamento de crescimento e desenvolvimento populacional (*growth monitoring*), reidratação oral (*oral rehydration*), aleitamento materno (*breast feeding*) e imunização (*immunization*), o processo de avaliação foi facilitado e trouxe possibilidades mais concretas de alcance e mensuração das metas propostas.^{9,10}

A intervenção sobre os problemas de saúde de forma isolada como acontece na concepção de cunho seletivo desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade (prevenção, promoção, cura e reabilitação). A grande problemática deste enfoque traz consequências quanto às políticas de implementação e a garantia do direito universal à saúde promovida pela APS ampliada.^{2,5}

O Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹¹ definiu, em 2005, no documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” a concepção de APS abrangente, incluindo-a como organizadora e porta de entrada do sistema de saúde, guiada pelas necessidades de saúde da população, fomentando a participação da comunidade, intersetorialidade, enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, utilização de tecnologias apropriadas, como melhorias de custo-benefício sustentável para atingir o mais alto nível de saúde com equidade e solidariedade. Essa concepção é a que mais se aproxima do modelo vigente no Brasil.

2.2 Estratégia Saúde da Família no Brasil (ESF)

A conquista da saúde como direito universal e dever do Estado foi estabelecida no Brasil com a divulgação da Constituição Federal de 1988¹², após o término da ditadura militar, garantindo a redemocratização e justiça social no país. Esta definição constitucional foi garantida perante as políticas sociais e econômicas para almejar a redução do risco de doenças e agravos de saúde, assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação.¹³ Com isso a Constituição zelou vários direitos humanos e fortaleceu novas conexões com a participação popular pela luta na ampliação da cidadania.¹⁴

Muitas pessoas têm como referência à Constituição Federal de 1988, pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, o grande interveniente pela formulação das premissas para a concepção de uma saúde abrangente e a criação de um sistema de saúde público universalista no Brasil foi o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)¹⁵, criado em 1976, decorrente da iniciativa do médico sanitário e militante político David Capistrano Filho. Ele foi o responsável pela organização de movimentos sociais e democráticos, que tinha o propósito de debater a reforma da saúde pública com participação assídua de importantes setores da sociedade envolvendo usuários dos serviços de saúde, estudantes, profissionais de saúde, professores especialistas em saúde preventiva e social e representantes do Ministério Público.¹³

De fato, a unificação e valorização do nível básico de atenção se inscreveu no movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)¹⁶, oriundo do Cebes na década de 70. Esse importante projeto sanitário também contemplou a reorganização dos serviços básicos voltados à proteção social em âmbito global, de forma justa, equilibrada e democrática.^{13,15}

A determinação das bases legais para a organização do SUS foram estabelecidas na Constituição de 1988, regida pelos princípios e diretrizes^{17,18} da universalidade no acesso aos serviços, integralidade da atenção com foco nas ações preventivas, promotoras e curativas, equidade de distribuição dos recursos, humanização e continuidade do atendimento, vínculo com o usuário, responsabilidade social pela participação da comunidade, pautadas na descentralização e hierarquização, regulamentadas pela Lei nº 8.080/90 e 8.142/90¹⁹ em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde.

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde²⁰ (MS), em 1994, e a reafirmação estratégica de expansão e consolidação deste plano pela Política Nacional de Atenção Básica²¹, exigiu mudanças categóricas no modelo de atenção à saúde. O modelo centralizado e hospitalocêntrico de caráter curativo não cabia mais diante da reestruturação voltada para a melhora da qualidade de vida com ênfase na ampliação de ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde englobando desde o indivíduo até a família, do recém-nascido ao idoso, dos indivíduos saudáveis aos enfermos de forma integral e continuada.

É de suma importância destacar a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1981 pelo MS, como antecessor ao PSF. Aderiram inicialmente a este programa os estados de São Paulo e Distrito Federal e a região nordeste, no propósito de melhorar as condições de saúde de suas próprias comunidades por meio de intervenções sanitárias e de vigilância à saúde desempenhadas pelos próprios moradores locais que eram contratados e capacitados para tal. Diante de importantes evidências e visibilidade positiva pelas ações desses agentes comunitários no estado do Ceará no combate a seca e redução de mortalidade infantil, o MS oficializou a adesão deste nobre programa em 1991 em território nacional.^{20,22}

A principal finalidade do PSF, em sua concepção inicial, era expandir o acesso aos serviços de saúde para toda população por meio da APS de forma hierarquizada, se tornando assim a porta de entrada²³ do SUS. Porém, essa visão não pode ser exclusivamente o foco perante a alta capacidade resolutiva de 85%²⁴ da demanda de saúde que a atenção primária possui.

Mediante toda essa transformação e reestruturação na Atenção Básica, o PSF deixou de ser visto como um simples programa, e passou a ser reconhecido e prestigiado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), por caracterizar-se como um modelo organizador e integrador das atividades do SUS, em 1997, pela Portaria 1886/GM/MS.²⁵

A organização das atividades em saúde promovida por políticas públicas integradas desde o primeiro nível de atenção em um território geograficamente delimitado, atrelado a articulação em rede de cuidado com os serviços de saúde de média e alta complexidade, possibilitam um melhor enfrentamento dos problemas de saúde identificados, proporcionando uma melhor qualidade de vida e condições de saúde mais favoráveis à família e a comunidade que residem nessa área definida.^{5,21}

Outra característica inovadora da ESF foi a preconização do trabalho multidisciplinar. A equipe mínima deve ser composta basicamente por um médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. A equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 3.500 pessoas adscritas em determinado território, para garantir a coordenação do cuidado e o vínculo com os usuários.²⁵

Com o objetivo de ampliar e garantir a longitudinalidade do atendimento e a qualidade dos serviços prestados diretamente à população pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), outras categorias profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos, fonoaudiólogos, médicos especialistas, dentre outras foram incorporadas para criar equipes de apoio chamado de NASF²⁶ (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) baseados nas necessidades locais no intuito de compartilhar conhecimentos e habilidades teórico-práticas baseadas nos cuidados, na premissa de solucionar os problemas de saúde e complementar o trabalho das equipes de ESF.²⁵

Algumas características diferem a atenção primária prestada pela Saúde da Família em relação a atenção primária prestada por modelos tradicionais de saúde. As principais diferenças evidenciadas na literatura são relacionadas com a demarcação da dimensão do território com descrição da clientela, com priorização de atendimentos prestados por meio de ações da equipe de saúde da família, com organização da demanda, e focados na atenção integral e familiar, em contraposição com o enfoque de intervenção médica do modelo tradicional.²⁷

Perante a estes importantes elementos, estudos mostram que a ESF possui uma melhor performance comparada aos modelos tradicionais de APS, quando são considerados pontos como: orientação comunitária e familiar²⁷, maior satisfação dos profissionais de saúde e usuários²⁷, integralidade, acesso aos serviços de saúde²⁸, maior efetividade de assistência materno-infantil²⁹, melhor equidade e conscientização da população em relação as doenças crônicas³⁰ e melhor aproveitamento dos atendimentos domiciliares.³¹

Outros benefícios associados a expansão da ESF mostram uma melhor cobertura de pessoas cadastradas, facilidade de acesso para a população mais vulnerável aos serviços e cuidados de saúde, devido à capilaridade e ao alcance. As ações desenvolvidas, sejam elas promotoras e/ou preventivas, e o tratamento das doenças e dos agravos contribuem exponencialmente para a melhoria das condições gerais de saúde de todos os cidadãos assistidos, além da redução de mortalidade relacionadas a doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, atenuação de complicações de doenças crônicas que impactam diretamente no declínio das taxas de internações hospitalares.²

2.3 A Estratégia de Saúde da Família e seu papel na pandemia COVID 19

O surgimento da COVID 19, com vírus originário da província de Hubei, na China, rapidamente se disseminou pelo mundo, ocasionando a maior crise sanitária referida^{32,33}. Pelas mais diversificadas manifestações clínicas e o aumento crescente de pessoas contaminadas, estruturas de saúde de todos os continentes foram colocadas em xeque e logo, se tornou uma emergência de saúde pública de preocupação internacional, decretada como pandemia pela OMS.^{32,34}

A transmissão comunitária do vírus no Brasil foi determinada em 20 de março de 2020³⁴, pelo MS. Medidas cabíveis como o distanciamento social e a lei de quarentena³⁵, foram adotadas na tentativa de reduzir a velocidade de contágio em território nacional. Porém, é de suma importância ressaltar as diversidades culturais, socioeconômicas e demográficas, bem como, a prevalência de doenças crônicas e infectocontagiosas por predomínio de jovens adultos na população de nosso país, denominado grupo de risco para a COVID 19.³⁶

Um estudo realizado em um epicentro italiano de COVID 19, país que foi vitrine de experiências desastrosas no enfrentamento da pandemia, entrevistou médicos que atuaram exaustivamente na linha de frente, e foi colocado em evidência que cuidados centrados nos pacientes e soluções pandêmicas, exclusivamente hospitalares, estão aquém para o enfrentamento dessa doença viral que assolou o mundo.³⁸. Se fez notório que sistemas de saúde fortemente baseados na APS são cenários ideais para fornecer e associar cuidado integralizado e articulado voltado à comunidade, com abordagens populacionais necessárias para atender as emergências de saúde.³⁹

As primeiras experiências compartilhadas somadas as imagens veiculadas dos hospitais campanha dos países mais afetados, iniciou o anseio das autoridades sanitárias do Brasil na árdua missão de preparar o sistema de saúde para atender à nova demanda desta doença em todos os níveis de atenção, mas presenciamos atenções e preocupações voltadas com mais afinco para os hospitais, principalmente para as unidades de terapia intensiva, deixando a APS negligenciada e com redução de produtividade das atividades e serviços oferecidos pelas UBS, devido a suspensão delas, ocasionando a perda da continuidade de tratamentos e atenção aos pacientes com doenças crônicas, grávidas e crianças, que são considerados grupos de risco para COVID 19.^{40,41}

Considerando a alta taxa de transmissibilidade do vírus e que grande parte da população desenvolve sintomas leves e/ou moderados de síndrome gripal, destaca-se aqui a importância das estratégias de triagem⁴² da APS na busca pela identificação precoce dos casos, papel ímpar do acompanhamento e cuidado embasado nas constantes atualizações do protocolo de manejo clínico⁴³ dos usuários contaminados para evitar possíveis agravos, orientações educacionais em saúde na comunidade sobre o isolamento em domicílio, adicionadas a característica multiprofissional da equipe da ESF que possui conhecimento abrangente em relação ao território, usuários, famílias, comunidade e vulnerabilidades sociais, faz da APS a base para ações de vigilância sanitária, cuidado integral e continuado para controlar a disseminação do vírus e precaver o aparecimento de novos casos de COVID 19, apta para atuar no enfrentamento de qualquer epidemia.³⁷

Diante do atual cenário, a APS/ESF busca diariamente maneiras de se reinventar e ressignificar para prosseguir com o enfrentamento da pandemia e manter a continuidade dos cuidados em saúde dos problemas comuns que nunca deixaram de existir. Experiências anteriores no combate a epidemias como a ebola, evidenciaram resultados preocupantes e catastróficos devido aos cuidados de saúde terem se voltado integralmente para o problema sanitário em vigência. A exclusividade dos cuidados centrados somente nos pacientes contaminados, elevou de forma significativa a mortalidade e morbidade de outros agravos de saúde pela perda de continuidade dos cuidados e restrição de acesso aos serviços de saúde.³⁹

Esse cenário se repete atualmente, os olhares exclusivamente centrados nos pacientes contaminados pelo vírus SARS CoV-2, causa da redução do cuidado materno-infantil em países de baixa e média renda, culminando um aumento de 40%

na taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos e 30% na população materna.⁴⁴

A incidência de óbitos domésticos por parada cardíaca no estado de Minas Gerais aumentou em 33% no mês de março do ano de 2020 comparado com o mesmo mês do ano de 2018. A maioria dos óbitos foram decorrentes de doenças crônicas não relatadas pelos familiares das vítimas, porém, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diabetes ficaram entre as principais comorbidades causadoras dos óbitos. No mesmo estudo foi observada uma queda de 18% do número de atendimentos realizados pela UBS no primeiro trimestre de 2019 comparado com o mesmo período no ano de 2020.⁴⁵

Diante desses dados preocupantes se torna indispensável a reflexão sobre um ponto de equilíbrio para que os serviços e ações em saúde para os pacientes portadores de doenças crônicas não sejam suspensos frente a uma pandemia como esta⁴⁴. Visto que o cuidado integral e o olhar humanizado da ESF são imprescindíveis para solucionar os agravantes acumulados pela descompensação das comorbidades clínicas destes pacientes.

Para um embate mais efetivo na contenção desta pandemia, a conciliação dos cuidados individuais e coletivos são indispensáveis. A atuação integrada das unidades de saúde com o território e a comunidade é essencial. A ordenação do racionamento de produtos e serviços de saúde, manutenção do vínculo da equipe de saúde com os usuários e famílias, e a reorganização dos processos de trabalho da APS na situação pandêmica atual assegura os valiosos atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária.^{44,47}

Para dar seguimento e continuidade dos atendimentos aos pacientes, famílias e grupos de usuários, novas estratégias para manter os cuidados à distância foram criadas. Para este fim, ferramentas tecnológicas de teleatendimento⁴⁸ foram regulamentadas pelo MS pela portaria N° 467 de 20 de março de 2020 de forma provisória em tempos de pandemia.

A saída é a permanência das portas abertas da UBS para garantir a vacinação rotineira das crianças e gestantes por meio de estratégias seguras para não colocar em risco essa população, prestar atendimentos presenciais somente dos casos prioritários e possibilitar a resolução de grande parte dos problemas de saúde a distância por meio de aplicativos e videochamadas. Outra forma de favorecer as famílias e supervisionar os usuários e grupos são por visitas externas nas residências

feitas pelos ACS, e para os pacientes que apresentam maior criticidade por serem considerados de risco para o desenvolvimento da COVID 19, as visitas domiciliares podem ser cogitadas e realizadas pelo enfermeiro e médico responsáveis pelos seus respectivos territórios.^{37,49}

2.4 Educação em saúde na pandemia

Para que a APS consiga manter o papel organizador do sistema de saúde e seu funcionamento efetivo algumas estratégias cruciais são necessárias, dentre elas destacam-se a educação permanente em saúde (EPS) como a grande protagonista, o trabalho interprofissional e as práticas colaborativas.⁵⁰

Para proporcionar uma melhor qualidade das práticas assistências de cuidados na atenção à saúde centrada nos usuários e famílias, se faz necessário o trabalho colaborativo entre as diversas categorias profissionais que compõe a equipe, com reconhecimento dos interesses individuais e da autonomia de cada profissão, desbancando assim a hierarquia e o clima de competição que é gerado entre os profissionais de saúde atuantes na APS, buscando equalizar o cuidado em saúde, tornando-o integral e de responsabilidade coletiva, por meio de relações parceiras entre todos os envolvidos e pelo compartilhamento de experiências vivenciadas no trabalho.⁵⁰

Outros ganhos que podem ser citados com a adesão da prática interprofissional colaborativa são o aperfeiçoamento dos recursos utilizados, o refinamento da eficiência dos serviços, a apreciação dos resultados e racionalização dos custos na atenção à saúde, além do possível aprimoramento ao acesso e coordenação aos serviços de saúde, utilização coesa dos recursos clínicos especializados, impactando de forma positiva sobre os resultados na saúde dos usuários portadores de doenças crônicas, e proporcionando uma assistência mais segura e eficaz.⁵¹

Para conduzir de maneira adequada a formação, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais da rede pública de saúde, mediante a crescente necessidade de transformar a organização do trabalho e dos cuidados profissionais prestados à população, baseadas nas carências e problemas do sistema de saúde, foi inserida no Brasil a EPS pelo MS, como uma política nacional de saúde por meio das portarias nº198/2004 e nº1.996/2007.^{52,53} Este modelo de educação se fundamenta na aprendizagem crítica, reflexiva e significativa, no qual o processo da

aquisição do conhecimento é construído continuamente de forma integrada entre o ensino e serviços, docência e atenção, ampliando as relações de controle social, criando de forma satisfatória um maior envolvimento do profissional em seu processo de trabalho, no intuito de modificar as práticas em saúde.⁵⁴

Com a finalidade de facilitar a integração entre universidades, serviços de saúde e comunidades e consolidar a EPS, foram criados programas como o Pró-Saúde e o Programada de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Ambos voltados para a reorientação durante a formação acadêmica de estudantes dos cursos da área da saúde, com enfoque no cuidado integralizado e humanizado na atenção básica, articulado com o trabalho desenvolvido pela ESF. A educação interprofissional se faz presente em toda a vida acadêmica, sendo este processo conduzido por professores com áreas distintas de formação e profissionais dos serviços de saúde. Esse estímulo promove o aprendizado coletivo, a empatia e o respeito pelas particularidades de cada profissão, valorizando o trabalho em equipe, visando uma melhor qualidade no cuidado à saúde de todos os usuários, comunidades e famílias envolvidas.^{54,55}

A utilização das tecnologias leves em saúde como ferramenta para a EPS são estratégias fortemente recomendadas para transformar o trabalho multidisciplinar em interprofissional. Essas tecnologias enfatizam a subjetividade das relações entre os sujeitos (paciente-profissional e interprofissional), se apoiam no fortalecimento dos diálogos como as reuniões de equipe e rodas de conversa, no poder da escuta, na afetividade e no relacionamento dos profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas, estimulando o aprendizado e o reconhecimento das habilidades e competências entre si, potencializando a integração e o trabalho interprofissional, resultando em melhorias nas ações e serviços prestados, otimizando os fluxos de agenda e a tomada de decisões, criando vínculos entre a equipe e os usuários, culminando em maior resolubilidade dos casos que são acompanhados na APS.^{54,56}

Pontos positivos e facilitadores foram observados por Ceccim e Ferla em relação à formação dos profissionais de saúde na percepção da EPS. Esse novo modelo de educação gera inquietude e questionamentos sobre o processo rotineiro de trabalho na atenção primária, o que fomenta mudanças e evoluções constantes de forma reflexiva no comportamento e prática cotidiana do serviço em saúde, além da busca incessante por conhecimento quando comparado com o modelo mecanicista e tradicional.⁵⁷

Por diversas vezes, algumas barreiras são colocadas em meio a este processo educacional, seja por falta de planejamento da própria coordenação da unidade básica, ou por ações educacionais que emergem de maneira rápida e impensada diante da necessidade de gestores municipais, divergindo da real carência para capacitar e educar os usuários e profissionais de saúde em relação aos problemas enfrentados em território, e as próprias lacunas da unidade básica. Portanto, algumas atividades educativas ocorrem de forma fragmentada, contrárias e insuficientes para resolver os problemas cotidianos de serviços em saúde da APS^{58,59}.

Considerando que a educação permanente em saúde articula o trabalho e educação, constituindo-se em um dos pilares principais para o enfrentamento da pandemia e consolidação do SUS, a inseparabilidade dos setores de saúde e educação se torna primordial para estabelecer estratégias que possibilitem a criação de ações educativas e de responsabilidade de todos os envolvidos, para solucionar as necessidades e carências existentes no ambiente social e de trabalho.⁶⁰

A chegada do coronavírus no Brasil trouxe inúmeros desafios aos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, aos estudantes e educadores. De acordo com o levantamento realizado em 23 de junho de 2020⁶¹ pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) 52.898.349 estudantes foram prejudicados pela suspensão das aulas presenciais e fechamento das escolas básicas e instituições de ensino superior em virtude da pandemia.

A educação permanente voltada para os profissionais de saúde roubou cena e ocupou papel principal no embate desta pandemia, no intuito de promover capacitações para melhorar a assistência à saúde e uniformizar as informações devido à complexidade do cuidado, pelo desconhecimento inicial sobre as características e efeitos do vírus, sua transmissibilidade e tratamento ainda em estudo, necessidade do domínio de novas técnicas e equipamentos para a condução dos atendimentos e pelas diversas complicações causadas pela doença e preparação emocional para lidar com os usuários e famílias dos serviços de saúde.⁶²

De acordo com o estudo realizado por Neves e colaboradores⁶², as lives com transmissão on-line realizadas em diversas plataformas digitais foi uma potente ferramenta para impulsionar a educação em saúde, promovendo discussões críticas e reflexivas, além de permitir o compartilhamento do conhecimento e experiências com profissionais capacitados e renomados de todo o mundo, respeitando o padrão ético e sanitário devido a situação de isolamento e distanciamento social. Outro ponto

positivo evidenciado foi a contribuição de forma significativa no processo formativo dos profissionais de saúde e membros da comunidade envolvidos no processo do cuidado de pacientes com COVID 19, além da ampliação das informações para conscientizar a adoção de medidas preventivas no combate da propagação do vírus e da importância da promoção em saúde.

Portanto, a utilização de tecnologias móveis para levar educação em saúde de forma confiável se mostrou ser oportuna e factível para o contexto atual. Porém, dificuldades e empecilhos existem para os moradores de áreas vulneráveis que não possuem acesso à internet, ou até mesmo equipamentos como celulares e computadores para se inteirar de informações valiosas e verídicas dando espaço para a desinformação e propagação de *fake-news*.^{62,63}

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde Família sobre as vivências no enfrentamento da pandemia na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Cajuru do Sul/Sorocaba.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Analisar o processo de educação em saúde voltado para os profissionais da ESF desempenharem os cuidados durante a pandemia.

3.2.2 Identificar as mudanças na prática cotidiana de cuidados de saúde na UBS decorrentes do enfrentamento da pandemia.

3.2.3 Verificar as dificuldades encontradas pelos profissionais da ESF quanto a essas mudanças.

3.2.4 Evidenciar as experiências positivas e aprendizados vivenciados pelos profissionais da ESF no enfrentamento da pandemia

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem qualitativa.

Os estudos descritivos são comumente utilizados em pesquisas que possuem interesse na atuação prática. São pertinentes, pois caracterizam de forma detalhada um determinado fenômeno estabelecendo relações entre as suas variáveis e o contexto específico em que estão inseridas.⁶⁴

Os estudos transversais se referem a uma situação de uma amostra populacional num determinado momento, como um corte da realidade.⁶⁵

A pesquisa qualitativa tem na sua essência a compreensão de todo o contexto que envolve a ação humana no cotidiano, com ênfase na riqueza das experiências vividas, percepções e hábitos.⁶⁶

4.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na UBSF Cajuru do Sul "Dr. Luiz Latuf", localizada no bairro Cajuru do Sul, situada no município de Sorocaba, inaugurada em dezembro de 2012, com o objetivo de atuar na assistência básica e promoção da saúde. Essa UBS é responsável em coordenar o cuidado de 3 territórios, englobando 8 bairros/Jardim/Vila, sendo eles: Três Marias, Jardim Nilton Torres, Novo Cajuru, Vila dos Dálmatas, Maria dos Prazeres, Jardim Eliana, Villa Verona e Jardim dos Reis. Os bairros Jardim Terras de Arieta, Jardim Virginia e Jardim Ametista não recebem cobertura da Estratégia Saúde da Família, obtendo acesso aos atendimentos prestados somente na unidade básica. Também são realizados atendimentos para usuários que moram em bairros como Éden e Aparecidinha e na cidade de Itu que fazem divisa com o território Cajuru do Sul.

Atualmente a UBSF Cajuru do Sul é considerada de médio porte, possui registro de 17.234 usuários e 4.437 famílias que são atendidas e acompanhadas em território pela ESF; presta assistência à saúde de casos de baixa complexidade e abrange atendimentos de pediatria, ginecologia e odontologia.

A unidade compõe a rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sorocaba que conta com 32 Unidades Básicas de Saúde, configuradas em: Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBS), Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidade Mista – UBS + ESF, Unidade Mista – UBS + pronto atendimento (PA) e Unidade Mista – ESF + PA, para um número estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 679.378 habitantes usuários do SUS.

Destas, 14 trabalham com a ESF proporcionando uma cobertura para 27% da população municipal. Nestas unidades de ESF são ofertados serviços de saúde como: acolhimento, acompanhamento da gestante e do bebê (pré-natal e puericultura), consulta odontológica, curativo, distribuição de medicamentos básicos, preservativos e contraceptivos, exame preventivo Papanicolau para diagnóstico de câncer de colo de útero, grupos de educação em saúde, imunização, consultas médicas e de enfermagem, nebulização, planejamento familiar, teste de gravidez, tratamento odontológico, sutura e visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde.¹ Todas essas rotinas eram executadas em tempo integral, em 100% das unidades, anteriormente ao caos instalado pela COVID 19.

Com a chegada da pandemia, algumas adequações foram necessárias na rede de saúde para atender a demanda da população com suspeita de contaminação e/ou acompanhamento da situação clínica dos casos confirmados.

Para o enfrentamento desta terrível doença, a Prefeitura de Sorocaba ampliou em 191% o número de leitos hospitalares para atender a demanda de pacientes contaminados com sintomatologia moderada a grave, além da criação de 4 Centros de Estabilização COVID, no intuito de ampliar o acesso e a assistência à saúde para toda população sorocabana.

A princípio, todas as Unidades Básicas de Saúde focaram exclusivamente no atendimento dos pacientes com suspeita e/ou confirmação da doença, realizando a triagem, coleta de exame “Swab”, acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados e encaminhamento dos pacientes com piora de saúde com necessidade de atendimento de alta complexidade para os setores secundários e terciários.

Com o avançar da pandemia, a Secretária da Saúde (SES), tornou algumas Unidades Básicas de Saúde como referência “Postos Sentinelas” para o atendimento

¹ Dados extraídos da Agência Sorocaba de Notícias GPE/SECOM

Equipes de Saúde da Família realizam 64,3 mil atendimentos ao mês - Agência Sorocaba de Notícias

exclusivo de pacientes com suspeita e/ou confirmação da doença COVID 19, sendo elas: UBS's Hortência, Simus e Fiori, e encaminhamento dos pacientes que cursam com sintomas moderados e graves da doença para as UPHs Norte e Leste, além da UPA Éden e dos PA's Laranjeiras, Carandá, Brigadeiro Tobias e Sorocaba I.

Os atendimentos gerais de pacientes não Covid, foram retomados em 28 UBS's da cidade, sendo elas: UBS São Bento; Angélica; Aparecidinha; Barão; Barcelona; Brigadeiro Tobias; Cajuru; Carandá; Cerrado; Escola; Habiteto; Haro; Laranjeiras; Márcia Mendes; Maria do Carmo; Maria Eugênia; Mineirão; Nova Esperança; Nova Sorocaba; Paineiras; Lopes de Oliveira; Sabiá; Santana; Sorocaba I; Ulisses, Wanel Ville, Vitória Régia, Éden e São Bento. Portanto, agendamentos e consultas médicas para pediatria, gestantes, usuários com queixas de saúde, acompanhamentos dos portadores de doenças crônicas, visitas domiciliares, prescrição de receitas médicas de uso contínuo, distribuição de medicamentos e vacinação, estão sendo oferecidos novamente à população.

Outro ponto importante que vale ser destacado, são as campanhas e drives de vacinação organizados pela Secretária da Saúde de Sorocaba. A imunização da população é realizada pelos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde do município. Já foram aplicadas na população Sorocaba, 856.220 doses das vacinas contra a Covid 19, sendo 565.296 da primeira aplicação, 272.249 da segunda dose, 18.039 da dose única e 636 da terceira dose.²

4.3 Participantes da pesquisa

Participaram do estudo 18 profissionais de saúde que trabalham na Unidade Básica de Saúde Cajuru do Sul, sendo 1 (um) médico; 3 (três) enfermeiros; 1 (um) residente de enfermagem; 6 (seis) técnicos de enfermagem; 7 (sete) agentes comunitários de saúde. O período de coleta de dados se deu no mês de agosto de 2021.

² Dados extraídos da página online da Prefeitura Municipal de Sorocaba

[Prefeitura vacina 7.852 adolescentes de 12 anos completos ou mais contra a Covid-19 neste sábado](https://www.sorocaba.sp.gov.br/noticias/prefeitura-vacina-7.852-adolescentes-de-12-anos-completos-ou-mais-contra-a-covid-19-neste-sabado)
(11) – Agência de Notícias (sorocaba.sp.gov.br)

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa os profissionais de saúde que trabalham na Unidade Básica Cajuru do Sul e atuaram na linha de frente da pandemia que concordaram em participar do estudo, posteriormente ao aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Considerou-se critérios de exclusão: profissionais de saúde da UBS Cajuru do Sul/Sorocaba que ficaram afastados (licença médica e férias) durante o processo de coleta de dados e que não atuaram na de linha de frente da pandemia COVID 19.

4.4 Coleta de dados

Após o aceite e com o TCLE devidamente assinado, os participantes responderam no próprio local de trabalho, num primeiro momento um questionário estruturado autoaplicável disposto no Apêndice A, o qual contém informações sociodemográficas, referentes à formação acadêmica, tempo de atuação em atenção primária, assim como tempo de atuação na equipe da UBS Cajuru do Sul, e atuação em outras epidemias, como primeira etapa.

Na segunda etapa foram realizadas as entrevistas individuais no formato presencial pela pesquisadora, guiadas por um roteiro com questões norteadoras dispostas no Apêndice B. As perguntas abertas foram definidas com o propósito de atingir os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho em uma sala reservada para que não houvesse interrupção e quebra de sigilo das informações fornecidas pelos participantes. Tiveram uma média de duração de 10 (dez) minutos, além de terem sido gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

4.5. Análise dos Resultados

As entrevistas semiestruturadas asseguram a exposição das ideias, sentimentos e percepções por parte dos entrevistados, e emitem um sentido elevado de comunicação verbal, sem condições definidas antecipadamente pelo entrevistador.⁶⁶

Os depoimentos obtidos nas entrevistas semiestruturadas individuais foram analisadas utilizando-se a metodologia de Análise de Conteúdo. Esta análise concede atender diversas necessidades da pesquisa, pois ultrapassa as imprecisões, enriquecendo a leitura dos dados coletados.⁶⁷

A pré-análise envolveu inicialmente a audição ponderada das respostas às perguntas norteadoras das entrevistas e posteriormente a leitura flutuante da transcrição na íntegra das mesmas. Numa segunda etapa foi realizada a categorização por meio da leitura exaustiva e individual do material recolhido para desmembrá-las em unidades de registro e contexto.

Os cinco agrupamentos temáticos foram definidos previamente de acordo com os interesses dos objetivos da atual pesquisa por meio da aplicação das perguntas norteadoras da entrevista semiestruturada, determinando as categorias temáticas como apriorísticas.⁶⁸

A título de organização, foi adotada a identificação dos relatos utilizando codificação do tipo alfanumérica, de modo que a letra E indica a inicial de “entrevistado” e o elemento numérico que compõe o conjunto indica a ordenação dos depoimentos. Os nomes citados nos depoimentos são fictícios.

Por fim, após a análise dos dados pela categorização foram encontrados os subtemas para serem discutidos. A análise temática é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que é atingido por meio de procedimento sistemáticos pela descrição do conteúdo das mensagens. Segundo Bardin, esta é a melhor forma de adequação para as investigações qualitativas.⁶⁷

Os resultados dos dados sociodemográficos, de formação acadêmica e tempo de atuação na unidade e na APS foram analisados de forma descritiva para caracterizar os participantes do estudo.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Para serem incluídos na pesquisa, todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido via formulário on-line (TCLE – Apêndice C). A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CEP da FCMS da PUC-SP).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP na FCMS da PUC-SP em 09/02/2021 sob o nº CAAE: 40597020.1.0000.5373.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Caracterização dos participantes

As características sociodemográficas e de formação das 18 profissionais entrevistadas estão dispostas e podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de formação dos participantes do estudo (n=18). São Paulo, 2021.

Categoria Profissional	n	%
Médica	1	5,56
Técnica de Enfermagem	6	33,33
Agente Comunitária de Saúde	7	38,89
Enfermeira – Residente em Saúde da Família	1	5,56
Enfermeira	3	16,67
Características sociais		
Idade (anos)		
< 29	1	5,56
30 - 39	5	27,78
40 - 49	4	22,22
50 - 59	7	38,89
> 60	1	5,56
Sexo		
Feminino	18	100
Escolaridade		
Ensino Médio	10	55,55
Ensino Superior	8	44,44
Pós-graduação	4	22,22

Fonte: Autoria Própria

Levando em consideração a amostra da pesquisa, podemos ressaltar que a maioria dos entrevistados são ACS (38,8%), com prevalência de idade entre 50 a 59 anos (38,8%), ensino médio completo (55,55%) e 100% pertencentes ao sexo feminino.

A maior representatividade da categoria de agente comunitário de saúde se justifica pelo número desses profissionais (11 integrantes) dentro da Equipe da

Estratégia de Saúde da Família Cajuru do Sul e pela disposição em contribuir com a atual pesquisa.

A amostra 100% feminina se fez notória na atuação na linha de frente da COVID 19 pelos profissionais da ESF Cajuru do Sul. Este achado se solidifica com o resultado da pesquisa que foi realizada pelo Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS), que mostrou que as mulheres são a principal força de trabalho na saúde, compondo 65% do quadro de quase 6 (seis) milhões de funcionários de saúde atuantes em setores públicos e privados, desde o âmbito intensivo até os cuidados de saúde ofertados na ponta pela APS.

Tabela 2 – Tempo de atuação das profissionais na APS e na linha de frente de outras epidemias. São Paulo, 2021.

Tempo de Atuação na APS (anos)	n	%
< 1	1	5,56
2 - 7	7	38,89
8 - 13	7	38,89
14 - 19	1	5,56
> 20	2	11,11
Tempo de Atuação na UBS Cajuru do Sul (anos)		
< 1	1	5,56
2 - 7	10	55,56
8 - 13	4	22,22
14 - 19	1	5,56
> 20	2	11,11
Atuação em outras epidemias		
Sim	16	88,89
Não	2	11,11
Epidemias		
Dengue	14	77,78
Zika Vírus	1	5,56
Febre Amarela	8	44,44
H1N1	3	16,67

APS – Atenção primária à Saúde. UBS – Unidade Básica de Saúde

Fonte: Autoria Própria

Em relação ao tempo de atuação das profissionais, verificamos uma maior predominância de 2 a 7 e de 8 a 13 anos na APS (77,78%), a janela temporal de atuação na UBS Cajuru do Sul foi de maior prevalência no intervalo de 2 a 7 anos

(55,5%) (Tabela 2). A maioria delas atuou em outras epidemias (88,8%), sendo a dengue a epidemia mais atuante (77,7%) seguido da febre amarela (44,44%).

O número expressivo de atuação das profissionais da UBSF Cajuru do Sul no combate à dengue se justifica pelas ações desenvolvidas pelo governo por meio de políticas públicas de saúde, quando nomeou a ESF como protagonista no enfrentamento desse agravo epidemiológico e na prevenção do vetor desta doença pelo seu trabalho ímpar de levar educação em saúde para a comunidade, envolvendo-a no processo do cuidado com o local e bairro onde vivem. Se faz imperioso destacar o papel e o trabalho de rua feito pelos ACS, pois com as observações das residências e dos espaços comuns, eles conseguem realizar ações mais eficientes de orientação comunitária e mobilização social⁶⁹.

6.2 Percepções e práticas no enfrentamento da pandemia COVID 19

Os depoimentos estão apresentados em cinco agrupamentos temáticos principais a saber: “mudanças nas práticas cotidianas”, “sentimentos em relação às mudanças”, “dificuldades enfrentadas”, “educação em saúde” e “experiências positivas”.

Por meio da minuciosa e exaustiva análise das transcrições das gravações das entrevistas das profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família Cajuru do Sul foi possível identificar as subcategorizações temáticas sobre as percepções e práticas no enfrentamento da pandemia COVID 19. As categorias e subcategorias estão dispostas e podem ser visualizadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias temáticas sobre percepções e práticas no enfrentamento da pandemia COVID 19. Sorocaba, 2021

Categorias	Subcategorias
Mudanças nas práticas cotidianas	Atividades mantidas Atividades suspensas Atendimento COVID Medidas de proteção Redimensionamento da unidade Retomada das atividades de rotina
Sentimentos em relação às mudanças	Medo e insegurança Depressão e estresse emocional Tristeza e angústia

	Desespero e impotência Luto
Dificuldades enfrentadas	Desconhecimento Resistência e agressividade dos usuários Condições precárias de trabalho Adaptação as mudanças Agravamento das condições de saúde
Educação em saúde	Cursos online, cartilhas e protocolos Busca de informações Educação em serviço Desafios da educação em serviço
Experiências positivas	Trabalho em equipe Valorização profissional Valorização da vida Aquisição de conhecimentos Qualidade do atendimento Rede de apoio Tecnologias

Fonte: Autoria Própria

6.2.1 Mudanças nas práticas cotidianas

Esta categoria temática emergiu da primeira pergunta norteadora da entrevista semiestruturada elaborada para atingir um dos objetivos desta pesquisa. Por meio dos relatos das 18 profissionais que participaram da coleta de dados foi possível identificar as principais mudanças que ocorreram nas práticas cotidianas nos cuidados de saúde desde o início da pandemia até o atual momento na UBSF Cajuru do Sul. Após a separação dos recortes dos discursos dos entrevistados em unidade de registro e unidade de contexto, emergiram seis subcategorias temáticas representadas por depoimentos relevantes que sustentam solidamente o desfecho temático principal, representados no Quadro 2.

Quadro 2 - Mudanças nas práticas cotidianas. Sorocaba, 2021

Subcategorias	Depoimentos
Atividades mantidas	<i>[...]Conseguimos manter as consultas de pré-natal, as vacinas, e só entrava na unidade para atendimento clínico quem realmente estava precisando urgentemente. E6 [...]Foi priorizado a renovação de receita. E5</i>
Atividades suspensas	<i>[...]Cancelou agenda, cancelou exames, cancelou visita, atendimentos dos grupos, cancelou reuniões. E7 [...]Ficou tudo parado, os grupos pararam, o atendimento odontológico parou total[...] as visitas que eu fazia foram suspensas, então as famílias ficaram desassistidas por um bom tempo. E10</i>

	<i>[...]O grupo da saúde mental que ainda está suspenso e não temos para onde encaminhar essa demanda toda...E16</i>
Atendimento COVID 19	<i>[...]Colocamos pessoas na porta para restringir a entrada, não entrava no auge da pandemia quem era de atendimento de rotina e quem não tinha nenhum problema de saúde mais grave. E12 [...]A unidade só atendia COVID, então tinha gente que chegava na porta querendo consulta e a gente não podia deixar a pessoa entrar, isso foi muito triste. E14</i>
Medidas de proteção	<i>[...]Intensificação de uso de álcool gel, higiene das mãos, uso de EPI's, orientações aos pacientes. E8 [...]Mudou a rotina no geral...o uso de máscara[...] esses cuidados de máscara, avental e todos os EPI's que a gente colocava no auge da pandemia[...]E13</i>
Redimensionamento da unidade	<i>[...]A gente fez uma separação da unidade, então tinha a parte que a gente chamava de covidário, que fazia a coleta de Swab e atendimento respiratório com os médicos daqui[...]. E9 [...]Quando a gente ficou sabendo da pandemia, a gente recebeu a informação que tínhamos que reorganizar toda a estrutura do posto para atender os pacientes de COVID[...]. E12</i>
Retomada das atividades de rotina	<i>[...]Hoje voltamos a fazer as visitas, estamos discutindo mais os casos do território que ficaram desassistidos, as consultas e agendamentos estão sendo retomados, os grupos estão voltando a acontecer com restrições de número de participantes[...]. E6 [...]Hoje estamos voltando aos poucos com a rotina[...]estamos conseguindo dar "cara" novamente para o posto. Vocês da fisioterapia voltaram a atender os grupos de dor crônica, qualidade de vida, estão conseguindo atender os pacientes no território que ficaram um bom tempo sem receber o trabalho curativo e preventivo. E7</i>

Fonte: Autoria Própria

A chegada da pandemia e o agravamento da taxa de contaminação da população sorocabana exigiu ações e mudanças rápidas das UBS's do município, pois a APS foi responsabilizada em atender a enorme demanda de pacientes sintomáticos de seus territórios, além das necessidades de saúde já existentes. Pode-se dizer que a UBS estudada conseguiu manter os atendimentos dos casos necessários, salvo com algumas restrições durante o enfrentamento da pandemia COVID 19, como foi evidenciado por uma das entrevistadas, que reforçou o seguimento do trabalho preventivo com a vacinação habitual, e a manutenção das consultas de pré-natal como atendimento prioritário, devido a permanência das portas abertas da unidade para este fim. Este achado se corrobora com as considerações do estudo de Giovanella e colaboradores³⁷ que reforça claramente a obrigatoriedade da APS em

assegurar a continuidade dos cuidados rotineiros de saúde à população de forma segura sem expô-los ao vírus.

A maioria das entrevistadas, principalmente as enfermeiras, ressaltaram as mudanças e adaptações que foram feitas para reestruturar e redimensionar o espaço e salas da unidade para suprir de forma adequada e segura, principalmente os atendimentos dos usuários não sintomáticos quando adentrassem à unidade para receber os cuidados necessários no formato presencial. Os atendimentos clínicos emergenciais e habituais foram realizados em áreas limpas, chamadas pelos próprios funcionários como “Ala não COVID”, graças ao árduo trabalho, empenho, organização e planejamento de todos os envolvidos, como demonstrado em alguns recortes.

Nas palavras de outra participante, conseguimos identificar a manutenção das renovações de receitas médicas pela UBS, outro cuidado rotineiro desempenhado pela APS. O prosseguimento do tratamento farmacêutico na UBS Cajuru do Sul foi garantido de forma contínua pela listagem dos pacientes crônicos triados pela equipe de saúde dos territórios, e a distribuição das receitas médicas e dos medicamentos básicos realizada na área limpa da Unidade Básica por algum profissional autorizado, previamente agendada via mensagem *WhatsApp* para evitar aglomeração.

Experiências compartilhadas por Unidades Básicas de Saúde de outros municípios, mostraram formas diferentes de concedimento de receitas e medicamentos, até mesmo mais otimizadas para evitar aglomeração e circulação inapropriada nas dependências da unidade durante o período pandêmico, quando comparadas com a UBS Cajuru do Sul. No estudo realizado no município de Canaã dos Carajás, localizado no interior do estado do Pará, as medicações de uso contínuo aos pacientes crônicos eram entregues via domicílio pelo ACS.⁷⁰

Em contrapartida, o município de Florianópolis se apropriou e esbanjou do uso da tecnologia, aderindo às receitas médicas no formato eletrônico com certificação digital, associada a criação de normativas junto a rede de farmácias para garantir o aceite delas. Dessa forma foram disponibilizados medicamentos comuns, e até mesmo antibióticos por vídeo chamada, além da garantia de entrega dos medicamentos via domicílio pelo ACS aos pacientes impossibilitados.⁷¹

Existem algumas possibilidades para justificar essas diferenças sobre a disponibilização das receitas médicas e dos medicamentos, uma delas é o dimensionamento adequado da equipe, liberação da circulação do ACS em território pela Prefeitura por meio da Secretária Estadual de Saúde, visto que a disseminação

do vírus se desenrolou de forma heterogênea entre municípios e estados, assim como a inacessibilidade de sinal de internet em todo o território.

Quando as profissionais foram indagadas sobre as mudanças que ocorreram na prática cotidiana de cuidados no início da pandemia, todas se mostraram desconfortáveis em narrar as atividades de rotina que drasticamente foram interrompidas com a chegada da COVID 19. Muitas delas manifestaram insatisfação pela suspensão total dessas atividades que desempenhavam no território e dentro da unidade básica de saúde. Mudanças de semblante foram claramente notadas durante as falas, acompanhadas do sentimento de preocupação com os pacientes portadores de doenças crônicas e famílias que ficaram desassistidas.

As interrupções das visitas domiciliares, consultas, agendamentos, atividades de grupo, entre outras, provocaram mudanças da natureza do trabalho de todos os profissionais envolvidos na oferta de cuidados de saúde aos pacientes do território, impactando diretamente na capacidade da APS em realizar prevenção e promoção à saúde para a população em geral.

Levantamento realizado pelo MS via DataSUS³ reconheceu a ocorrência do declínio abrupto do número de consultas e procedimentos realizados pela APS, sendo a redução mais significativa e alarmante nos primeiros meses de pandemia representada por 25%, quando comparado com a média de procedimentos do ano de 2019. Tal estatística reflete que esta queda se deu pelo medo dos usuários em procurar os serviços básicos e pelo remanejamento das unidades como aconteceu no município de Sorocaba, que tornou todas as UBS's referência para atender a demanda da COVID 19.

Perante todos esses dados e números alarmantes, reflexões são necessárias para que se encontre um ponto de equilíbrio para que ações de saúde oferecidas pela APS não sejam paralisadas durante o curso de uma pandemia. Fica clara a exigência de readequações dos serviços e dos cuidados prestados pela APS, para que ela cumpra com seu papel e missão em dar continuidade aos cuidados de rotina, pois os agravos de saúde não desapareceram, e sim se adicionaram com os novos danos à saúde decorrentes da doença COVID 19.^{37,72}

Outra inquietação levantada, em relação a suspensão das atividades, por uma das participantes trouxe à tona lacunas existentes para o acesso e encaminhamento

3 [Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde \(saude.gov.br\)](http://Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br))

aos serviços de saúde mental da população, que por ora sofre de fragilização da sanidade somada a alta prevalência de casos de depressão que se estende dos adolescentes aos idosos, que antes mesmo da pandemia já atingia o território Cajuru do Sul. A busca pelo direcionamento do cuidado em saúde mental é imprescindível para estes pacientes que ainda lidam com o extenso tempo de distanciamento e isolamento social. O estudo de Giovanella e colaboradores³⁷ salienta que esses cuidados devem ser retomados urgentemente de forma ampliada e continuada por profissionais do NASF e por serviços de saúde mental prestados pela rede da APS. Portanto a realidade local não condiz com as recomendações sugeridas.

Notou-se por meio das falas de diversas participantes que os olhares e acesso aos cuidados de saúde se voltaram única e exclusivamente para os usuários com suspeita e/ou para os casos confirmados de COVID 19, e ainda apontaram que a triagem foi feita na porta da UBS. Neste sentido, foi observado que as entrevistadas expõem nas entrelinhas o peso e o remorso amparados pelo sentimento de tristeza por terem impedido a entrada dos usuários que procuravam por cuidados habituais. O acesso é um dos principais atributos da APS, e ele está totalmente enraizado nos profissionais da ESF quanto nos usuários dos territórios, ambos não estavam preparados para lidar com a descontinuação desta característica.⁷³

Múltiplos são os recortes que respaldam a subcategoria de medidas de proteção, e em algumas entrevistas foi possível observar a expressão de espanto e o sentimento de superação por terem enfrentado o desafio de administrar a utilização de tantos equipamentos de proteção individual que raramente ou até mesmo nunca foram manuseados por essas profissionais por não se enquadrarem com a realidade e necessidade pelo trabalho de predomínio preventivo que exercem.

Podemos dizer que os hábitos de higienização e uso demorado de álcool em gel para as mãos, limpeza exaustiva de salas e equipamentos, e uso de máscaras, transpareceram nitidamente nas falas de muitas das entrevistadas que atuaram largamente na linha de frente. Grande maioria consolidou em si a importância de manter esses cuidados mesmo com o afrouxamento das barreiras sanitárias e com o declínio acentuado do número de contaminados pelo vírus, porém, alguns relatos mostraram o relaxamento desses importantes cuidados e medidas por parte das profissionais e principalmente pela população, o que pode impactar em novas ondas de contaminação.

Entre todas as participantes do estudo, foi consensual a transição da situação de incomodo para uma zona mais reconfortante quando questionadas em relação as mudanças cotidianas de cuidados atuais no enfrentamento da pandemia COVID 19. Inúmeras foram as respostas sobre a retomada de grande parte das atividades cotidianas da UBS Cajuru. Este achado se justifica pela desaceleração do número de pessoas contaminadas na cidade de Sorocaba e pela determinação da Secretaria da Saúde em liberar a maioria das UBS's para prestar atendimento à população em geral, e por referenciar algumas unidades específicas para os cuidados e manejo de pacientes com suspeita e/ou confirmação da doença COVID 19, denominadas como “Unidades Sentinelas”.

6.2.2 Sentimentos em relação às mudanças

A segunda pergunta da entrevista semiestruturada explorou os sentimentos que foram vivenciados pelas profissionais atuantes na linha de frente da COVID 19 na UBS Cajuru do Sul diante do novo cenário imposto pela pandemia e pelas mudanças que ocorreram nas práticas cotidianas dos cuidados de saúde. Após análise dos depoimentos das participantes foi possível detectar as cinco principais subcategorias temáticas que estão expostas no Quadro 3, destacadas pelos depoimentos mais representativos que fortalecem os achados desta temática principal.

Quadro 3 – Sentimentos em relação às mudanças. Sorocaba, 2021

Subcategorias	Depoimentos
Medo e insegurança	<i>[...]E fora o medo né, os pacientes com muito medo de tudo, nós também com muito medo, com muita apreensão porque não sabíamos o que poderia acontecer, e essas incertezas se estendem até os dias de hoje. E9 [...]Eu senti muito medo no começo, de me contaminar e contaminar minha família[...]. E11</i>
Depressão e estresse emocional	<i>[...]Eu fiquei com depressão, porque eu vi muita gente ao qual a gente tem vínculo piorar e isso mexe muito com a gente. Eu perdi muitos da minha área[...]. E1 [...]Então, eu me senti um pouco esquecida sabe... como sempre, assim como a saúde é sempre esquecida ... a gente cuida, mas ninguém cuida da gente. E5 [...]O que eu achei mais complicado foi a oscilação emocional de todos os funcionários. E12</i>
Tristeza e angústia	<i>[...]Como eu podia fazer para barrar um paciente diabético que não podia entrar na unidade[...].perda do controle do tratamento dos pacientes crônicos, isso foi uma das coisas</i>

	<p><i>mais tristes, porque eles estão voltando todos descompensados. E7</i></p> <p><i>[...]A gente perdeu o controle da nossa própria população, porque não tinha devolutiva dos postos sentinelas... tivemos muita dificuldade para entender como estava se dando a doença dentro na nossa área de abrangência. E9</i></p> <p><i>[...]A gente sentiu que perdeu todo o trabalho que a gente vinha fazendo no território. E16</i></p>
Desespero e impotência	<p><i>[...]Sentimento de impotência de não conseguir ajudar grande parte da população que precisava de cuidado e não conseguia porque a gente tinha ordem só para atender paciente com COVID[...]. E15</i></p> <p><i>[...]Acho que todo mundo se sentiu meio inútil diante dessa pandemia, porque era uma coisa que a gente não sabia lidar, e não sabe ainda como lidar dar bem, queria ter ajudado um pouco mais. E18</i></p>
Luto	<p><i>[...]A gente foi uma das primeiras unidades que perdeu funcionário[...]. A Fabi foi a primeira paciente que morreu no hospital campanha. Isso foi muito ruim para todo mundo aqui dentro da unidade. E12</i></p>

Fonte: Autoria Própria

As entrevistadas se mostraram constrangidas ao verbalizar as emoções experimentadas por elas. Esse assunto talvez seja pouco explorado no dia a dia de trabalho, pois a maioria dos profissionais de saúde pode adotar um mecanismo de proteção para mascarar ou até mesmo negar essas emoções, seja pela falta de preparo psicológico em lidar com os sentimentos ou pela dificuldade de expressá-los. Em vários momentos pôde-se observar vozes embargadas, pausas compridas e olhos marejados com os sentimentos negativos que vieram à tona decorrentes das mudanças rotineiras de cuidado.

O medo da “invisibilidade” do vírus, de contraí-lo e disseminá-lo no círculo familiar foi largamente notado nos relatos de várias participantes. Os profissionais atuantes na assistência aos pacientes não tiveram a opção “home-office”, eles foram convocados a exercer suas funções de forma presencial em tempo integral, independente da vulnerabilidade do estado psíquico e emocional em que se encontravam.

A exaustão emocional causada pela sensação do medo da contaminação, de perder a própria vida e do pavor de colocar em risco a vida de pessoas queridas, trouxe a vivência diária da apreensão, da dor, da ansiedade e do luto antecipado, pelo receio de perder o sentido da vida e o significado da existência da própria profissão.⁷⁴

Estudo brasileiro conduzido por Andrade e colaboradores⁷⁵ validou a tradução do instrumento “Escala de Medo de COVID 19”, e o aplicou na população brasileira. Foi identificado que o maior índice de ansiedade e medo se deu no sexo feminino, possivelmente isso se explica por maiores habilidades de respostas perante o estresse e pela fisiologia hormonal que ocorre durante o ciclo reprodutivo feminino quando comparado com a população masculina. Este achado sustenta a alta prevalência deste sentimento verbalizado pelas entrevistadas, visto que a população da pesquisa em questão é 100% feminina.

Insegurança, impotência e desespero também foram sentimentos vivenciados na perspectiva das participantes da pesquisa. Pode-se dizer que a erupção dessas emoções decorreu das múltiplas situações de mudanças, tensão no ambiente de trabalho e da fragilidade emocional causadas pelo contexto da pandemia. Uma provável explicação para correlacionar essas emoções são a sensação de falta de preparo, “falha” profissional na tentativa de ajudar mais os pacientes e não conseguir, falta de materiais, escassez de recursos e de informações coesas e pertinentes em tempo hábil para que esses profissionais pudessem desenvolver o trabalho na linha de frente com mais maestria e convicção.⁷³

A sensação de impotência também pode ser associada ao aumento substancial do número de óbitos diários causados pela doença COVID 19, como nunca visto por essa geração. Esse acontecimento fez com que os profissionais de saúde atuantes na linha de frente se defrontassem com sua fragilidade diante de situações irreversíveis, se deparando face a face com seus próprios limites e finitude, gerando frustrações e experiências traumáticas em âmbito coletivo.

Todos esses fatores podem desencadear o adoecimento e acentuação dos problemas de saúde mental como estresse, insônia, depressão e ansiedade⁷⁴ nos profissionais que atuaram e atuam nesse cenário pandêmico. É possível dizer que esses agravos podem trazer consequências drásticas no desempenho e qualidade da assistência prestada, sendo essa uma peça fundamental no combate à pandemia.

Outros recortes trazem as emoções de tristeza e angústia, que podemos considerar também como pano de fundo diante da reorganização dos processos sob as práticas dos cuidados de saúde dentro da UBS Cajuru para o enfrentamento da pandemia. Percebemos que a interrupção repentina dos atendimentos rotineiros, a descontinuidade do cuidado e a falta de controle da situação territorial gerou

frustrações e desmotivação na equipe de saúde pela sensação de perda de todo trabalho que foi construído e consolidado antes da pandemia.

Nas palavras de algumas participantes conseguimos identificar o desgaste emocional. Sobre isso podemos correlacionar com os diversos fatores estressantes associados ao combate desta pandemia, como o enfrentamento de uma doença altamente contagiosa e até então sem cura definida, a pressão defrontada no ambiente de trabalho, a avalanche de informações ruins e preocupantes veiculadas em todos os noticiários e a vivência constante da dor e do luto pelas perdas de pacientes, colegas de trabalho, conhecidos e familiares, sem poder participar do ritual fúnebre e religioso devido as circunstâncias da pandemia, gerando sentimentos de desamparo e desesperança por não poder se despedir de forma honrosa.

Embora o confronto com a morte faça parte do cotidiano dos profissionais de saúde, não os torna aptos e capazes em lidar com essa situação, pois, em geral esse fenômeno não é explorado de forma suficiente durante a formação teórico-prática profissional, além da implicação de valores culturais e espirituais envolvidos no enfrentamento de morte e morrer.⁷⁶

A falta de cuidado e carência de apoio que esses profissionais possuem por parte dos gestores e superiores com quem trabalham foi levantada por uma das entrevistadas. Essa problemática adicionada ao estresse excessivo e a sobrecarga de trabalho vividos pela equipe de saúde atuante na linha de frente, podem aumentar drasticamente o desenvolvimento de *burnout*, problema frequente nessa população, quando comparado com profissionais de outras áreas.

A busca por direcionamento psicológico ou por outras intervenções para tratamento da saúde mental é fundamental para essas profissionais que enfrentaram esta terrível pandemia. Cabe reflexões e até mesmo implantação de serviços de apoio prestados por profissionais como psicólogos e psiquiatras nos ambientes de trabalho de saúde voltados para o cuidado de quem cuida.

6.2.3 Dificuldades enfrentadas

O título desta categoria temática surgiu da segunda pergunta da entrevista semiestruturada, que teve como meta atingir um dos objetivos específicos da pesquisa de verificar as principais dificuldades enfrentadas pelas profissionais perante as mudanças que ocorreram na prática rotineira do cuidado. As subcategorias levantadas

após a análise de conteúdo estão representadas por recortes significativos, dispostos no Quadro 4.

Quadro 4 – Dificuldades enfrentadas. Sorocaba, 2021

Subcategorias	Depoimentos
Desconhecimento sobre o que fazer	<p>[...]No começo como não tinha nada certo, não tinha nenhuma pesquisa aprofundada, a gente ficou sem entender, sabia que tinha um vírus e que ele era mortal[...], mas tinha muito desencontro de informações. E10</p> <p>[...]A gente não conseguia se familiarizar com o protocolo porque mudava muito, então na realidade a gente tinha medo de dar a informação errada para o paciente. E13</p>
Resistência e agressividade dos usuários	<p>[...]A população não aceitou essas mudanças, a dificuldade maior foi em ouvir muito xingo, muita ofensa[...] porque eles queriam consulta, eles queriam exame, eles queriam tudo...E5</p> <p>[...]Infelizmente muitas pessoas ainda não acreditam, é muito complicado essa negação de grande parte da população ainda. Já escutei gente falando no balcão assim: ‘Engraçado né, morre tanta gente dessa doença, e até agora não morreu ninguém que eu conheço dessa doença aí’. E13</p> <p>[...]Maior dificuldade foi a resistência da população, foi fazer eles entenderem que não podia entrar na unidade, que quando entrasse tinha que usar máscara, que não podia vir acompanhado aqui para não ter aglomeração, e essa dificuldade ainda existe. E18</p>
Condições precárias de trabalho	<p>[...]A dificuldade de fazer um atendimento a distância numa população vulnerável, com várias dificuldades de instrução de tudo, foi bem difícil. E3</p> <p>[...]Espaço físico, isso faltou na época, porque era muita gente colhendo swab...tínhamos uma sala só de coleta. E9</p> <p>[...]No pior momento da pandemia ficamos muito desfalcados em relação a quantidade de funcionários, porque muitos foram remanejados para o hospital de campanha e pro CTE. E12</p>
Adaptação as mudanças	<p>[...]Tudo isso foi muito difícil, todas essas mudanças mexeram demais conosco profissionais e principalmente com a população que ficou bem desassistida. E11</p> <p>[...]A gente teve que reaprender muitas coisas, tivemos que reaprender a lidar com as pessoas, com as mudanças de rotina aqui da unidade. E16</p>
Agravamento das condições de saúde	<p>[...]Temos uma área isolada onde os telefones não pegam em maior parte dos locais...muitas vezes tentávamos o atendimento por tele consulta e não conseguia. E3</p> <p>[...]Antes quando a gente ia visitar o pessoal era mais acolhedor...hoje não, eles estão distantes, é um ou outro que convida a gente para entrar. E14</p> <p>[...]Deu uma boa afastada, não tem mais aquela interação, não tem mais o vínculo que a gente tinha antes. Hoje, a gente ainda tá bem afastado da população. E18</p>

Fonte: Autoria Própria

Todas as entrevistadas foram unânimes ao apontar como uma das principais dificuldades a mudança de comportamento para um perfil mais resistente e agressivo dos usuários durante o enfrentamento da pandemia. Diante de toda a realidade caótica se torna impossível não atingir ou influenciar a saúde física e principalmente mental frente as incertezas e instabilidades vividas. A alteração comportamental dos usuários pode ser justificada pelo sentimento do medo, por negação como reação de defesa, propagação de informações desencontradas e inverídicas, e até mesmo revolta pela perda do acesso aos serviços de saúde como consultas e exames, devido à alta demanda de cuidado voltado para a doença viral que assolou os cinco continentes do mundo.⁷⁴

Desde o começo da pandemia os profissionais de saúde se tornaram vítimas dentro do seu próprio local de trabalho e sofreram violência psicológica⁷⁷ por meio de xingamentos, ofensas e humilhações proferidas pela maioria da população embasadas na ânsia por obtenção de respostas e soluções para as dificuldades momentâneas enfrentadas, além da retaliação pública devido a percepção equivocada de achar que os profissionais poderiam facilitar a propagação da transmissão do vírus por cuidarem diretamente dos pacientes contaminados. Uma das participantes explicita bem as agressões psicológicas praticadas pela comunidade contra os profissionais da equipe de saúde da UBS Cajuru do Sul durante o enfrentamento da pandemia.

A prevalência de registros de ocorrência de violência laboral é 20%⁷⁸ maior nos serviços de saúde quando comparada a outras profissões. Exposição a ameaças, agressões verbais e até mesmo violência física, em algum momento pode ser experienciado pelos profissionais de saúde no decorrer de suas carreiras. O infortúnio psíquico em decorrência dos maus tratos sofridos no ambiente de trabalho provoca consequências psicológicas graves como estresse pós-traumático, transtornos psicossomáticos e comportamento suicida, podendo desencadear o uso abusivo de álcool e outras drogas como válvula de escape.⁷⁹

Qualquer situação que ameaça o equilíbrio mental da humanidade resulta em um comportamento negacionista⁸⁰, isso explica o fato de muitos usuários terem evitado buscar, ou até mesmo de não se apropriarem de informações a respeito da situação da pandemia pela necessidade de manter um certo distanciamento emocional do panorama ameaçador que a COVID 19 causou.

Outra barreira imposta pela pandemia e percebida nos relatos das participantes da pesquisa, principalmente das ACSs foi o distanciamento entre a equipe de saúde e a comunidade. A falta do contato físico, a impossibilidade de demonstrações de afeto como o abraço e o toque entre a equipe de saúde com a população do território, proibição pela SES via prefeitura de adentrar à residência nas visitas domiciliares, alterou a organização da APS, ocasionando redução significativa do vínculo, sendo essa uma das principais características da ESF, além de aumentar a dificuldade de realizar busca ativa de novos casos como abuso, violência doméstica, dentre outros. Esses achados vão ao encontro e se apoiam nos resultados do estudo de Fernandez e colaboradores⁷³, que explorou os desafios impostos pela pandemia sob a APS.

A telemedicina foi uma medida imposta pelo MS durante a pandemia como estratégia para garantir o cuidado, o monitoramento, as consultas, e a propagação de informações seguras aos pacientes em todo o sistema de saúde brasileiro.⁴⁶ A implantação da tecnologia trouxe desafios para a equipe da ESF no acompanhamento as famílias à distância, pois o contato e a relação próxima com a população do território é um dos atributos que lastreiam a APS, e certamente o uso da tecnologia não substituí essa relação de vínculo.⁸¹

As teleconsultas e telemonitoramentos realizados via vídeo chamadas por meio das ferramentas digitais se tornaram a alternativa mais viável para dar continuidade aos cuidados e evitar aglomerações dentro da UBS no desenrolar da pandemia. Por outro lado, o uso da tecnologia se tornou um grande obstáculo causando a precarização dos cuidados em saúde dos profissionais para com os usuários, verbalizado com muito incômodo pela médica entrevistada.

Um dos problemas levantados envolveu a dificuldade e limitações de entendimento e compreensão da população mais vulnerável, adstrita no território, em seguir as explicações e orientações dos cuidados em saúde realizadas pelos profissionais da UBS Cajuru do Sul. Outras impossibilidades e empecilhos podem ser pensados na inviabilidade do uso da tecnologia durante o período pandêmico por parte desta população, como não dispor de aparelhos celulares, impossibilidade de recargas de créditos para fazer ligações e enviar mensagens para os profissionais da UBS, e falta de cobertura de sinal de internet em toda extensão territorial.

Uma das principais funções da APS se baseia na comunicação, e esta sofreu modificações consideráveis passando do formato presencial para o virtual, principalmente para os pacientes não sintomáticos. Podemos inferir que essas

mudanças possibilitaram o agravamento das condições de saúde dos usuários e famílias acompanhadas pela equipe de saúde da UBS estudada, visto que grande parte não teve acesso as consultas virtuais pelas dificuldades supracitadas.

É necessário repensar em estratégias de políticas públicas de saúde para melhorar o acesso da população mais vulnerável a internet, disponibilização de aparelhos eletrônicos para as famílias impossibilitadas e organização por parte de gestores para adequar e garantir o trabalho de rua feito pelo ACS, e as visitas domiciliares da equipe, assegurando-os com a disponibilização adequada de EPI's para que a função da APS de orientação familiar ocorra de maneira efetiva durante o curso da pandemia.

As atualizações constantes dos fluxos de triagem para os casos suspeitos e dos protocolos para o manejo clínico dos pacientes sintomáticos pelo MS geraram desconforto e insegurança, observado de forma explícita nas falas de algumas das profissionais entrevistadas. Podemos supor que a velocidade de divulgação de estudos e informações pertinentes ao vírus pode ter atrapalhado e impossibilitado o acompanhamento das atualizações, dando espaço para possíveis lacunas na uniformização dos cuidados e intervenções aos pacientes vítimas da contaminação pelo coronavírus por parte dos profissionais de saúde envolvidos no trabalho de linha de frente.

Todas essas mudanças exigiram alinhamentos frequentes e rápidos na tentativa de disseminar informações adequadas aos usuários, famílias e conhecidos, e entender a problemática da doença para auxiliar de forma eficiente os cuidados em saúde. Outro ponto evidenciado por uma entrevistada trouxe a cobrança da população que procurava a UBS sedenta por informações e resoluções frente ao novo cenário, o que exigiu ainda mais readaptação da equipe de saúde no lidar com a angústia e descontrole emocional da comunidade.

É crucial que ocorra a reorganização dos espaços da UBS, assim como a implantação de estratégias baseadas na realidade local e dimensionamento adequado de profissionais para que a APS consiga assumir seu papel para atuar de forma efetiva em todos os estágios da pandemia.^{37,46}

Alguns relatos mostram a dimensão da precarização das condições de trabalho, manifestadas pela falta de infraestrutura adequada, intensificação e sobrecarga de trabalho pela redução do quadro de funcionários, contrariando as recomendações dos estudos acima mencionados. O imprevisto em adaptar a unidade

básica num curto intervalo de tempo pode ter atrapalhado a dinâmica dos processos de coleta ocasionando um aumento do tempo de espera dos pacientes com suspeita de contaminação dentro da unidade, e a baixa do número de funcionários pelo provável remanejamento deles para os hospitais campanha devido à alta demanda de pacientes contaminados.

6.2.4 Educação em saúde

A temática em questão se originou da terceira pergunta da entrevista semiestruturada e foi ao encontro do objetivo específico de analisar o processo de educação em saúde voltado para os profissionais da ESF para o desempenho dos cuidados em saúde durante a pandemia. Os depoimentos mais relevantes das quatro subcategorias que embasam o resultado principal estão representados no Quadro 5.

Quadro 5 – Educação em Saúde. Sorocaba, 2021

Subcategorias	Depoimentos
Cursos online, cartilhas e protocolos	<p><i>[...]Cursos do Ministério da Saúde e de alguns serviços especializados [...] eles disponibilizaram on-line de forma gratuita. Então a maior parte da classe médica acabou fazendo. E3</i></p> <p><i>[...]Teve bastante curso on-line do Ministério da Saúde. E9</i></p> <p><i>[...]A gente recebeu bastante material da prefeitura também, bastante protocolo e fluxo de atendimento[...]A gente tentava manter a equipe orientada e atualizada em relação a todo esse material que a gente recebia. E12</i></p>
Busca de informações	<p><i>[...]Eu pesquisei muita coisa por conta, as novidades iam surgindo e eu ia procurando para me manter preparada [...]e passava aquilo que eu sabia para a equipe e para os pacientes. E6</i></p> <p><i>[...]O conhecimento foi surgindo com pesquisas que eu fui fazendo, com dúvidas que eu fui tirando com os médicos clínicos aqui do posto. E8</i></p>
Educação em serviço	<p><i>[...]O conhecimento foi sendo criado ao longo do tempo, nós participamos da criação destes conhecimentos [...]. E3</i></p> <p><i>[...]Não teve reuniões para explicar e falar sobre COVID[...]fomos descobrindo as coisas no susto, na raça, no desespero do dia a dia, nas notícias que saiam. E6</i></p> <p><i>[...]Recebemos muitos treinamentos em relação a importância de usar os EPI's de forma correta, como tirar, como colocar, como guardar, sobre lavagem de mãos, o uso do álcool, a limpar a sala e os materiais. E11</i></p>
	<p><i>[...]Os cursos que fizemos no começo algum tempo depois não servia para muita coisa, muita coisa já tinha mudado e várias vezes mudou ao longo do percurso. Foi difícil. E3</i></p>

Desafios da educação em serviço	<i>[...]Era tudo muito incerto, muita correria, muita mudança, não tinha como ficar passando treinamento, orientação toda hora[...]a demanda era muito alta. E15</i>
--	--

Fonte: Autoria Própria

A atualização e o estudo constantes na área da saúde para ofertar melhores ações de cuidado faz parte do cotidiano dos profissionais de todas as especialidades da saúde. A rápida e súbita chegada da pandemia no Brasil exigiu mais agilidade dos profissionais de saúde em buscar por aprendizados e capacitações para conseguirem colocar em prática as informações adequadas e pertinentes em saúde à toda população em tempo recorde, além de suprir a necessidade de atendimento das pessoas que chegavam aos serviços de saúde com variados sintomas e complicações de uma doença pouco estudada e de fisiopatologia não muito esclarecida no começo da pandemia.

Junto com a pandemia vieram as modificações na relação de aprendizagem dos profissionais, transformando o formato presencial em ensino a distância, como podemos notar em alguns relatos. Vários cursos sobre a doença COVID 19 e seu manejo clínico foram produzidos com embasamento científico em parceria com a Fiocruz/MS, OPAS/OMS e a Rede UNA-SUS⁴ (Universidade Aberta do SUS) na modalidade *online*, e disponibilizados de forma gratuita para os profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atenção, a fim de contribuir com informações, educação continuada, conhecimentos e soluções rápidas em resposta a emergência sanitária causada pela pandemia COVID 19.

Podemos fundamentar este achado de forma positiva, pois o conhecimento entre os profissionais atuantes na linha de frente passou a ser construído coletivamente com a facilitação e perspicácia das ferramentas digitais em propagar aulas, cursos e lives, além da liberação e do compartilhamento em banco de dados de publicações e estudos científicos relevantes de forma gratuita diariamente na internet.^{46,62}

Notamos em algumas falas as adversidades e desafios impostos quase que diariamente na educação em serviço, devido a necessidade das atualizações constantes nos fluxos e protocolos, e pelas reformulações das orientações em relação

4 [Universidade Aberta do SUS oferece cursos online gratuitos sobre a COVID-19 - Notícia - UNA-SUS \(uniasus.gov.br\)](https://uniasus.gov.br)

aos cuidados com a COVID 19 realizadas pela OMS e MS durante o enfrentamento da pandemia. Percebe-se que os gestores e coordenadores da UBS Cajuru do Sul não conseguiram adequar estratégias suficientes de EPS *in loco*, para manter os profissionais da equipe de saúde devidamente atualizados, informados e capacitados para atuarem na linha de frente. Algumas entrevistadas apontaram a alta demanda de pacientes, sobrecarga de trabalho, falta de tempo e espaço adequado como empecilhos para uma educação permanente mais eficiente dentro do ambiente de trabalho.

Em compensação o Centro da APS de um município do sul da Bahia, conseguiu colocar em prática ações direcionadas de EPS sob os protocolos, cartilhas e fluxos relacionados à COVID 19 no intuito de ajudar na reorganização do processo de trabalho e principalmente na qualidade da assistência prestada aos pacientes. Construíram-se estratégias a curto prazo, específicas para a realidade local, para melhorar o processo de triagem, identificação dos casos suspeitos, e ações educativas na UBS sobre as barreiras de vigilância sanitária e saúde mental.⁸²

As medidas de biossegurança foram muito bem fundamentadas e documentadas no protocolo de manejo clínico do coronavírus, material de apoio criado e veiculado pelo MS⁴³. Porém, ocorreram inúmeras denúncias por parte dos profissionais de saúde e seus sindicatos, sobre as condições precárias de trabalho, cargas horárias excessivas, deficiência de treinamentos sobre o manejo dos materiais de proteção e capacitação sobre a doença COVID 19, e a ocorrência mais crucial de insuficiência e até mesmo a não disponibilização dos equipamentos de proteção individual (EPIs) em todos os níveis de atenção à saúde para os trabalhadores de saúde de linha de frente.^{83,84}

É papel das instituições de saúde proporcionar segurança e capacitações dos EPIs condizentes aos profissionais de saúde, e disponibilizar em quantidade suficiente para que eles exerçam suas funções devidamente paramentados. Aos profissionais, cabe a responsabilidade social pela utilização dos EPIs nas situações em que houver risco de exposição.⁸³

Estudo realizado pela Rede de Pesquisa em APS-ABRASCO⁸⁵ identificou que apenas 41,1% dos profissionais da APS do Brasil e regiões afirmaram ter recebido capacitação para o uso de EPIs, e 34,4% receberam capacitações sobre EPIs e controle da doença COVID 19. Podemos considerar esse alarmante resultado como uma situação crítica, visto que a identificação dos sintomas, tratamento e

acompanhamento dos casos sintomáticos requer constante treinamento e capacitação para que os pacientes tenham atendimentos de excelência.

Apareceu de forma consistente e clara nos relatos das participantes as ações realizadas dentro da UBS Cajuru para capacitar todos os envolvidos nos cuidados da linha de frente sobre o uso e manejo correto de EPIs. A capacitação envolvendo a paramentação e desparamentação foi realizada por uma médica da própria unidade em vários momentos no decorrer da pandemia, na tentativa de garantir a biossegurança e a redução do contágio dos profissionais, principalmente no ato da retirada dos equipamentos de proteção individual.

O seguimento e capacitação da equipe de saúde para o cumprimento dos protocolos e fluxos relacionados a doença COVID 19, assim como a disponibilização suficiente de recursos e EPIs são imprescindíveis para que a APS consiga fazer a vigilância em saúde eficazmente para contribuir com a desaceleração dos casos na comunidade.^{37,46}

Em contrapartida notou-se em alguns depoimentos a escassez de treinamentos e capacitações envolvendo a sintomatologia, tratamento e reabilitação da doença COVID 19 durante o curso da pandemia, descumprindo as recomendações de estudos e as ações preconizadas no guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID 19 na Rede de Atenção à Saúde⁸⁶ que sugere a capacitação dos profissionais da equipe da ESF para o diagnóstico e manejo dos casos leves de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave na APS para garantir uma assistência de qualidade aos pacientes.

Nesse sentido, podemos afirmar que a pandemia causou um desequilíbrio drástico nos cuidados em saúde, devido à alta demanda por atendimento somado a escassez de recursos científicos, materiais e humanos e a insuficiência de oferta de assistência adequada em saúde. Destarte surgiram conflitos éticos e morais nos profissionais de saúde em relação a tomada de decisões⁸⁷ sem as devidas discussões e reflexões para as condutas e planejamento mais pertinentes de acordo com cada caso.

O cenário de guerra imposto pela COVID 19 causou muitos questionamentos, dúvidas, incertezas e despreparo em relação ao manejo dos pacientes com suspeita e nos casos confirmados. Outros fatores importantes, como lacunas na formação na graduação e pós-graduação, inexperiência de profissionais recém-formados no

mercado de trabalho podem justificar a necessidade e a importância de realizar ou até mesmo implantar a educação permanente em serviços de saúde.

Fica evidente que a APS necessita fortalecer a capacitação e a educação permanente de todos os profissionais da equipe de saúde. Algumas iniciativas foram tomadas por parte dos gestores da UBS Cajuru do Sul, porém, foram insuficientes. É imprescindível que ações e estratégias mais abrangentes e rápidas sejam desenvolvidas para otimizar a comunicação, o conhecimento sobre a doença COVID 19, como sinais, sintomas e tratamento, novas formas de atividades em território englobando a vigilância sanitária.

6.2.5 Experiências positivas

Por fim, esta dimensão temática foi alcançada por meio da última pergunta norteadora do roteiro da entrevista semiestruturada, e teve como propósito atingir o objetivo específico de evidenciar os aprendizados e as experiências exitosas dos profissionais da UBS Cajuru do Sul por suas atuações na linha de frente da pandemia COVID 19. Após a criteriosa análise de conteúdo dos recortes das entrevistas, sete subcategorias foram encontradas e estão devidamente representadas pelas falas mais relevantes, dispostas no Quadro 6 a seguir.

Quadro 6 – Experiências positivas. Sorocaba, 2021

Subcategorias	Depoimentos
Trabalho em equipe	<p><i>[...]Ver né, na minha unidade o quanto os profissionais são capacitados para lidar com as situações e a força de vontade deles de salvar vidas. E1</i></p> <p><i>[...]Nosso maior aprendizado aqui foi a gente trabalhar em equipe, a gente vê como uma equipe funciona mesmo na hora do peca pra cá pá[...] a gente já sabia que a gente tinha uma equipe, a gente sempre soube, mais com isso tudo ficou mais evidente. E13</i></p> <p><i>[...]Foi o trabalho em equipe, como é importante trabalhar em equipe, de respeitar o próximo, de entender e escutar mais o outro, de como a gente se fortaleceu passando por isso tudo. E15</i></p>
Valorização profissional	<p><i>[...]Aprendi que nós somos essenciais mesmo, só numa hora dessas que a gente percebe o nosso valor... todo mundo fazendo home-office e a gente aqui firme e forte na linha de frente fazendo o nosso trabalho[...]a gente faz muita diferença na vida das pessoas. E7</i></p>
	<p><i>[...]Eles começaram a enxergar um pouco de esperança com a descoberta da CoronaVac. E1</i></p>

Valorização da vida	<i>[...]Aprendi a valorizar mais os colegas de trabalho, a família, os momentos que a gente tem com a quem a gente gosta[...] a gente não pode mais deixar de aproveitar a vida por conta desse vírus. E18</i>
Aquisição de conhecimentos	<i>[...]De aprender procedimentos e rotinas novas, teve muito aprendizado, da gente sabe identificar, perceber o agravamento do paciente, isso foi muito bom para mim... tanto que até fui trabalhar numa UTI de COVID. E5 [...]. Nós mesmo ACS, o nosso trabalho era muito na rua, não fazia nada de administrativo e a gente aprendeu a fazer de um tudo[...]. E13</i>
Qualidade do atendimento	<i>[...]Pude ver muitos pacientes que se contaminaram se curarem, e voltar no posto e continuarem com sua vida normal depois do COVID, isso foi muito bom, foi muito gratificante. E7 [...]Aprendi a dar mais atenção ao paciente na parte do acolhimento, saber escutar, avaliar, anotar, olhar, observar o paciente e dar importância para o lado emocional deles também[...]. E16</i>
Rede de apoio	<i>[...]Experiência positiva posso dizer que foi a união entre os funcionários[...] essa rede de apoio entre os colegas de trabalho foi muito boa. E11 [...]Todo mundo foi muito generoso e solidário com todo mundo[...]. E13</i>
Tecnologias	<i>[...]O que eu achei que foi positivo é que a saúde, a atenção básica deu um passo para a tecnologia[...]. E9</i>

Fonte: Autoria Própria

Foi notório o sentimento de entusiasmo expresso por grande parcela das profissionais entrevistadas ao compartilhar as experiências positivas e os aprendizados construtivos que tiveram em esfera profissional e pessoal decorrentes de sua atuação na linha de frente dentro da UBS Cajuru do Sul. Em determinados momentos pôde-se registrar o brilho nos olhos, o orgulho e a satisfação ao lembrarem de situações e momentos em que seus desempenhos fizeram diferença na vida de pacientes e famílias da comunidade na qual estão inseridas.

Na visão de algumas profissionais, constatamos o reconhecimento do trabalho em equipe, principalmente em relação aos atendimentos prestados nas situações de intercorrências como evidenciado em um dos depoimentos desta subcategoria. A troca de experiências e o trabalho colaborativo se fizeram presentes no dia a dia da equipe de saúde da UBS Cajuru, mesmo em atendimentos realizados a distância. Essa interação permite discussões críticas e reflexivas, gerando um senso de equidade entre todos os profissionais da equipe de saúde, trazendo empoderamento e autonomia para todos os envolvidos, além de resultados significativos em saúde

pelo cumprimento do cuidado continuado e pelo vínculo estabelecido com a comunidade.⁸⁸

A rede de apoio criada pelos próprios profissionais foi evidenciada em algumas falas. O sentimento de união que tomou conta da equipe de saúde da UBS estudada pode ter facilitado a aproximação e o fortalecimento do relacionamento interpessoal entre eles.

Nas palavras de uma enfermeira entrevistada conseguimos identificar a percepção da valorização profissional. Enquanto o mundo parou e muitos profissionais e trabalhadores de outros ramos puderam ter a opção de “ficar em casa”, os profissionais de saúde foram escalados para continuar o trabalho de levar a prevenção, promoção e cura em saúde para a população. Neste sentido falou-se muito e holofotes de visibilidade se voltaram para o trabalho em saúde realizado pelos “heróis sem capa”⁵, assim chamados de forma respeitosa pelas mídias sociais e reportagens televisivas.

Para encorajar a população a reconhecer e valorizar o trabalho exercido pelos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente em todos os níveis de atenção, no combate ao maior desastre sanitário já visto, a Controladoria Geral da União (CGU)⁶ lançou uma campanha utilizando a plataforma Fala.BR para que mensagens de incentivo e agradecimentos cheguem aos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares de enfermagem, serviço de limpeza, dentre outros profissionais de saúde que trabalharam arduamente durante o período pandêmico.

Com tudo isso, talvez possamos construir expectativas de que a pandemia causada pela COVID 19 consiga mudar drasticamente a forma de como os profissionais de saúde são tratados. Espera-se mais respeito, consideração, valorização profissional e salarial depois de lutarem bravamente contra o vírus enfrentando todas as adversidades do cotidiano de trabalho.

Sabe-se que as equipes de saúde da APS são responsáveis pelo cuidado individual e coletivo, além das ações de vigilância em saúde, e essas quando desempenhadas com excelência garantem bons números dos indicadores de saúde.⁸⁹

5 <http://www.agora.com.vc/noticia/herois-sem-cap>

6 [Campanha da CGU incentiva elogios aos profissionais de saúde que lutam contra a Covid-19 — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://www.gov.br)

Destaca-se esse achado baseado na percepção de uma das entrevistadas que mostra claramente em seu relato a satisfação e a gratidão de acompanhar e participar da recuperação dos pacientes contaminados pelo coronavírus, evidenciando a relação de vínculo dos profissionais da UBS Cajuru do Sul para com os usuários do território, além do cuidado continuado prestado a comunidade mesmo diante de todas as dificuldades.

Em outro relato destaca-se o sentimento de empatia aflorado, e a certeza de que depois dessa pandemia os pacientes precisam ser tratados com mais humanidade, dignidade e respeito no acolhimento para que a relação de vínculo e confiança se fortaleça novamente entre a equipe de saúde e os usuários. Mais que nunca se faz primordial a escuta por parte da equipe de saúde para com a comunidade, pois muitos ainda se sentem fragilizados diante do contexto em que estamos vivendo.

O MS disponibilizou diversas ferramentas digitais como o TeleSUS para nortear os profissionais de saúde e a população durante o enfrentamento da COVID 19. Manter a discussão sobre o avanço e uso da tecnologia na APS é fundamental, uma vez que esse espaço conquistado não pode mais retroceder.

O recorte da fala de uma residente de enfermagem deixa claro o passo importante dado pela saúde em direção as inovações tecnológicas para possibilitar o acesso à informação de qualidade. Acredita-se que as tecnologias de informação, em particular os meios móveis de comunicação, estão se tornando o maior meio de compartilhamento de informações, trocas de conhecimento e experiências entre as esferas governamentais, saúde e ensino. A relevância do seu uso durante o cenário pandêmico fortaleceu a APS com a obtenção de dados de prontuários de pacientes, sistemas de prescrição, registros informatizados de doenças, ambos em formato eletrônico, além da interação virtual com os pacientes.⁹⁰

Outra façanha que podemos destacar foi a chegada da vacina, esperança que se tornou palpável graças ao uso de novas tecnologias e avanço da ciência, como destacada na fala de uma ACS entrevistada. A corrida contra o tempo para a descoberta da vacina como um meio alternativo para conter a disseminação do vírus se tornou destaque no mundo todo e foi eleita a descoberta do ano pela revista *Science*, periódico mais renomado no ramo científico⁷. A chegada deste imunizante

7 [Avanço do Ano 2020 \(sciencemag.org\)](https://www.sciencemag.org)

contra a COVID 19 devolveu a milhares de pessoas a sensação de alívio e um sopro de otimismo por dias melhores.

A valorização da vida foi referida por alguns entrevistados. Devido ao extenso tempo de isolamento e distanciamento social, muitos profissionais de saúde se privaram do contato com suas famílias, principalmente de entes queridos portadores de doenças crônicas e idosos considerados grupo de risco para a COVID 19. O afastamento físico e a ausência do calor humano podem ter mexido com valores pessoais, ocasionando mudanças deles.

Como já explanado, a pandemia gerou novas rotinas de trabalho para a equipe de saúde da UBS Cajuru do Sul, principalmente para o ACS que teve o seu trabalho de rua substituído por funções administrativas e burocráticas dentro da UBS, como constatado em um dos recortes da subcategoria de aquisição de conhecimentos. A maioria das agentes comunitárias de saúde se sentiram motivadas por terem tido a oportunidade de aprenderem coisas novas, e até mesmo gerar expectativas futuras de um possível aumento salarial por essa demanda adicional de trabalho. Entretanto, é necessário prudência para que essa nova demanda de trabalho não descaracterize a real função e atribuições do agente comunitário de saúde na ESF.⁷³

7 CONCLUSÕES

De acordo com a análise dos resultados encontrados podemos concluir que:

1- Há lacunas no processo de educação permanente em saúde voltado para a capacitação dos profissionais em relação a doença COVID 19 na UBS estudada. As participantes relataram dificuldades frente as constantes atualizações dos protocolos e fluxos para o manejo clínico dos pacientes com suspeita e/ou confirmação da doença, alta demanda de atendimento e sobrecarga de trabalho. Faz-se determinante e indispensável a inserção de intervenções educacionais mais efetivas para uniformizar a comunicação e o conhecimento técnico dos profissionais da equipe da APS para um desempenho mais qualificado e competente de cuidado em saúde à comunidade perante a pandemia.

2- A interrupção das atividades rotineiras da APS de cunho preventivo e de promoção em saúde à população em geral, e a inacessibilidade aos usuários para os cuidados habituais na UBS devido ao atendimento exclusivo para os pacientes com sintomatologia viral gerou descontinuidade do cuidado e desconforto nas profissionais da UBS Cajuru do Sul. O planejamento na reorganização dos serviços em saúde na APS diante de crises sanitárias é fulcral para assegurar a longitudinalidade do cuidado de todos os usuários e famílias acompanhadas pela ESF para evitar o agravamento em saúde, principalmente da população mais vulnerável.

3- As mudanças da prática cotidiana de cuidado em saúde propiciaram sentimentos negativos identificados na maioria dos depoimentos das entrevistadas. É primordial e oportuno o acompanhamento e tratamento psicológico dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente, garantindo um cuidado e olhar mais humanizado diante da fragilidade emocional deles.

4- As dificuldades relacionadas as mudanças desveladas pelas profissionais entrevistadas trouxe à tona a mudança para um perfil mais agressivo da população pela perda do acesso aos cuidados rotineiros em saúde, a perda do vínculo pelo distanciamento social causado pela pandemia, agravamento das condições de saúde da comunidade adstrita no território pela falta de cobertura de internet em algumas áreas, impossibilitando o teleatendimento, e sobrecarga de trabalho devido a redução do quadro de funcionários durante o curso da pandemia. Retomar os atributos comunitários para dar continuidade a atenção a saúde rotineira dos usuários é

fundamental; também ações de política pública devem ser desenvolvidas para que a tecnologia chegue de forma igualitária a toda população, inclusive dos mais vulneráveis.

5- Cada vez mais é importante continuar fazendo o trabalho colaborativo em equipe como evidenciado pelas participantes da pesquisa, para garantir a qualidade do cuidado prestado e resgatar o vínculo com os usuários e famílias mesmo frente as incertezas que estamos vivendo. A valorização dos profissionais de saúde é de capital importância neste momento; cabe reflexões e discussões para assegurar melhores condições de trabalho e remuneração.

Embora a coleta de dados tenha sido realizada em apenas uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, os resultados obtidos no estudo são consistentes e vão ao encontro dos achados da literatura nacional e internacional, e trazem novos recortes contextuais da realidade pandêmica vivenciada, propiciando a compreensão do fenômeno estudado em sua complexidade e na perspectiva das participantes. Dessa forma pode contribuir de maneira sólida e robusta com possíveis mudanças na reorganização dos processos de trabalho e nos cuidados de saúde da APS frente a pandemia.

REFERÊNCIAS

- 1- PENN, D. et.al. Interim report on the future provision of medical and allied services. London: Ministry of Health/Consultative Council on medicine and Allied Services.1920
- 2- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. ISBN: 978-85-7967-078-7
- 3- PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2016; 27(2): 255-276.
- 4- FILHO, N. DE A. Reconhecer flexner: Inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cadernos de Saude Publica. 2010; 26(12): 2234–2249.
- 5- STARFIELD, B. Atenção Primária Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- 6- Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, 1978. Brasília: Unicef; 1979.
- 7- CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986
- 8- Ljubljana Charter on Reform Health Care. BMJ. 1996; 312: 1664-1666.
- 9- GIOVANELLA, L. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 Sup 1:S7-S27.
- 10- CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health 2004; 94:1864-74.

- 11- Organização Mundial de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), 2007.
- 12- BRASIL. Constituição Federativa do Brasil, 1988.
- 13- COSTA, A. et.al. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. Saúde Debate, 2020; 44 (1): 135-141.
- 14- FLEURY, S. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- 15- PAIM, J. Depoimento: a danação dos direitos sociais e a saúde: atualidade da questão democrática da saúde. In: Camargo ATSP, Costa AM, Lobato LVC, et al., organizadoras. Cebes 40 anos: memórias do futuro. Rio de Janeiro: Cebes; 2016.p. 383-390
- 16- ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- 17- MACINKO, J; HARRIS, M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. N Engl J Med. 2015; 372(23):2177-81.
- 18- MURRAY, C.J, FRENK, J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ. 2000; 78(6):717-31.
- 19- BRASÍLIA. Congresso Nacional. 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

20- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Programa Saúde da Família-Saúde. Dentro de Casa Departamento de Operações Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1994.

21- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

22- SOUZA, MF. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo. São Paulo: ED. Hucitec; 2001.

23- WEISS, L.J, BLUSTEIN, J. Faithful patients: The effects of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am J Public Health. 1996; (86):1699-700

24- ROSA W.A.G, LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am Enfermagem, 2005; 13 (6): 1027-1034.

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

26- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe a Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

27- VAN-STRALEN, C.J. et.al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; 24(1): 148-158.

28- MACINKO, J.; LIMA COSTA, M.F. Access to use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. Trop Med Int Health. 2012; 17(1): 36-42.

- 29- MENDOZA-SASSI, R. A. et.al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia de Saúde da Família e unidades tradicionais em municípios da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(4): 787-796.
- 30- BRANDÃO, J.R. et.al. The Family Health System: analysis of a health survey in São Paulo, Brazil. *J. Epidemiol Community Health* 2011; 65:483-490.
- 31- THUMÉ, E. et.al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev. Saúde Pública USP* 2010; 44(6): 1102-1111.
- 32- WHO. 2019-nCoV outbreak is an emergency of international concern. January 2020. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/healthemergencies/international-health-regulations/news/news/2020/2/2019-ncovoutbreak-is-an-emergency-of-international-concern>.
- 33- World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-2019): situation report 72 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2
- 34- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declaratransmissao-comunitaria-nacional>.
- 35- BRASIL. Decreto no 7616. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. *Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Distrito Federal*, 2011. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm.
- 36- CRODA, J. et.al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine* Vol.:53: e20200167: 2020 doi: 10.1590/0037-8682-0167-2020

- 37- GIOVANELLA, L, et.al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. 2020. Saúde em Debate; DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1286
- 38- NACOTI, M. et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. NEJM Catal. 2020; 1(2): 1-5.
- 39- 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]. 2020
- 40 – SOUZA, C.D.F. et.al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. Brazilian Oral Research. 2020;34.
- 41 – 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. 2020; 2(2): 74-82.
- 42- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Fast-Track para a atenção primária em locais com transmissão comunitária: fluxo rápido [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200407_BOLSO_ver07.pdf
- 43- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/>
- 44- 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 Heal. 2020; 8(7): e901-e908.

- 45- GUIMARÃES, N.S. et.al. Aumento de Óbitos Domiciliares devido a Parada Cardiorrespiratória em Tempos de Pandemia de COVID-19. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(2):266-271.
- 46- SARTI, T.D; LAZARINI, W.S; FONTENELLE, L.F; ALMEIDA, A.P.S. What is the role of Primary Health Care in COVID-19 pandemic. 2020; *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 29(2):e2020166.
- 47- 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. *Cosemsp, São Paulo.* 2020.
Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wpcontent/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>
- 48- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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 [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF).* Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marcode-2020-249312996>
- 49- FARIAS, L. A. B. G. et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2020; 15(42): 2455.
- 50- PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* 2018; 2(22): 1525-1534.
- 51- PREVIATO, G.F; BALDISSERA, V.D.A. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. 2018. *Interface*; 22: 1535-1547.
- 52- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS:

caminhos para educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 68p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

53- CARDOSO, M.L. et.al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciência Saúde Colet.* 2017; 22(5): 1489-1500.

54- FERREIRA, L. et.al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa de literatura. 2019. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro; 43(120): 223-239.

55- BRASIL. Ministério da Saúde. Pró-Saúde e Pet-Saúde. Brasília/DF. Editora MS. 2013

56- OLIVEIRA, S.D. et.al. Educação Permanente, Interprofissionalismo e práticas colaborativas na atenção à saúde. 2020. *Extensão em Ação*, Fortaleza; 20(2): 71-81.

57- CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. In: Pereira IB; Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 163-167.

58- PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(30):121-134.

59- MISHIMA, S.M. et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015; 49(4):665-673.

60- BRASIL. Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial Saúde no Brasil, 2018. (Série Técnica Navegador SUS.) Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49177>.

- 61- UNESCO [ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA]. Consequências adversas do fechamento das escolas. Unesco, 2020a. Disponível em: <https://pt.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences>
- 62- NEVES, V.N.S. et.al. Utilização de lives como ferramenta de educação em saúde durante a pandemia pela COVID-19. 2021. Educ. Soc., Campinas; 42: e240176.
- 63- UNESCO [ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA]. Consequências adversas do fechamento das escolas. Unesco, 2020a. Disponível em: <https://pt.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences>.
- 64- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- 65- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. Rev Práxis. 2011; 3(6): 59 – 62.
- 66- MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29^oed. Petrópolis: Vozes; 2010.
- 67- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 68- CAMPOS, C.J.G. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004; 57(5):611-614.
- 69- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dengue: Manual de Enfermagem, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília, 2013
- 70- 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 Rev. 2020;2(2):83–90.

- 71- SILVEIRA, J.P.M da, ZONTA, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. APS EM Ver. 2020; 2(2):91–6.
- 72- DAUMAS, R.P. et.al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: limits and possibilities for fighting COVID-19. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(6):e00104120.
- 73- FERNANDEZ, M; LOTTA, G; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. Trabalho, Educação e Saúde. 2021; 19, e00321153. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321.
- 74- OLIVEIRA, W.A. et.al. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. Estud. psicol. I Campinas I 37 I e200066. 2020
- 75- ANDRADE, E.F. Perceived fear of COVID-19 infection according to sex, age and occupational risk using the Brazilian version of the Fear of COVID-19 Scale. Death Studies. 2020. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1809786>
- 76- TRETTENE, A. S. et.al. Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento. Boletim da Academia Paulista de Psicologia. 2016; 36(91): 243-261.
- 77- World Health Organization (WHO). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- 78- Occupational Safety and Health Administration, Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health care and Social Service Workers.: Department of Labor. 2016. Disponível em: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>

- 79- RIBEIRO, SANTIAGO, B.M; ROBAZZI, M.L.C; DALRI BARCELOS, R.C.M. Violência causada aos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. R. Saúde Públ. 2021; 4(2):115-124.
- 80- CLELAND, J. Resilience or resistance: a personal response to COVID 19. Medical Education. 2020; 54: 589-597.
- 81- LOTTA, G.S; MARQUES, E.C. How social networks affect policy implementation: An analysis of street-level bureaucrats' performance regarding a health policy. Social Policy & Administration.2020; 54(3): 345-360.
- 82- RIOS, A.F.M. et.al. Atenção Primária à saúde frente à Covid-19 em um centro de saúde. Enferm. Foco. 2020;11(1)Especial: 246-251.
- 83- FILHO, J.M.J. et.al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. Rev Bras Saúde Ocup. 2020; 45:e14.
- 84- SILVA, M.A.S. et.al. Nursing professionals' biosafety in confronting COVID-19. Rev Bras Enferm.2022;75(Suppl1):e20201104.
- 85- BOUSQUAT, A. et.al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>
- 86- Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID 19 na Rede de Atenção à Saúde. 4^oedição. Brasília. 2021.
- 87- VALENTE, C.O. et.al. Decision making by health professionals during COVID-19: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 1):e20210067.
- 88- ELLNER, A.L.; PHILLIPS, R.S. The coming primary care revolution. Journal of General Internal Medicine. 2017; 32 (4): 380-386.

89- VIEIRA, N. F. et al. Primary care quality and its effects on leprosy monitoring indicators. Rev Bras Enferm. 2020; 73 (4): 1-8.

90- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. A COVID-19 e o papel dos sistemas de informação e das tecnologias na atenção primária. Kit de ferramentas de transformação digital. Ferramentas de conhecimento. Disponível em: [sistemas de información \(paho.org\)](https://paho.org/pt-br/systems-of-information)

APÊNDICES
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Programa de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da
Saúde

Instrumento de Coleta de Dados: Questionário autoaplicável

Título: Percepções e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19

Autora: Carla Martins Crivellaro

Orientadora: Prof^a. Dra. Lúcia Rondelo Duarte

A. Caracterização dos participantes

1-Idade (anos completos):_____

2- Sexo: Feminino () Masculino ()

3- Nível de escolaridade:

Fundamental Completo Sim () Não ()

Ensino Médio Completo Sim () Não ()

Superior Completo Sim () Não ()

Pós-Graduação latu-senso () Qual:

Pós-Graduação Strictu-Senso ()Mestrado ()Doutorado

4- Categoria profissional:

() Agente Comunitário de Saúde (ACS)

() Médico

() Dentista

() Enfermeiro

() Téc. de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem

() Outro. Qual _____

5- Tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde? _____

6- Há quanto tempo atua na equipe da UBS Cajuru do Sul em Sorocaba?

7- Já atuou na linha de frente em alguma outra epidemia? Sim () Não ()

Se sim, em qual atuou? (Ex: febre amarela, ZikaVírus) _____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

**Programa de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da
Saúde**

**Instrumento de Coleta de Dados: Questões norteadoras para entrevista
individual**

**Título: Percepções e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família
no enfrentamento da Pandemia COVID 19**

Autora: Carla Martins Crivellaro

Orientadora: Prof^a. Dra. Lúcia Rondelo Duarte

1 – Conte quais foram as mudanças da prática cotidiana de cuidados de saúde do começo da pandemia até o momento.

2 – Como você se sentiu em relação à essas mudanças e quais foram as principais dificuldades detectadas por você.

3 – Conte como foi o seu processo de educação para atuar na pandemia.

4 – Compartilhe os aprendizados e experiências positivas vivenciadas por você no seu trabalho na linha de frente na COVID 19.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Percepções e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19” que tem o propósito de evidenciar o importante trabalho executado pela ESF no enfrentamento da pandemia por COVID 19.

Os objetivos do estudo são: analisar o processo de educação em saúde voltado para os profissionais de saúde durante a pandemia; identificar as mudanças na prática cotidiana de cuidados de saúde na UBS decorrentes do enfrentamento da pandemia; verificar as dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde quanto a essas mudanças e as experiências positivas e aprendizados entre profissionais e usuários em tempos de pandemia.

Para alcançar esses objetivos solicitamos que você responda um questionário autoaplicável sobre seus dados sociodemográficos e sua formação acadêmica, posteriormente participe de uma entrevista individual, que será gravada, na qual responderá questões relacionados aos objetivos da pesquisa. As entrevistas serão conduzidas pela pesquisadora Carla Martins Crivellaro, sob supervisão da Profa. Lúcia Rondelo Duarte. As suas respostas estarão sob nossa responsabilidade e serão utilizadas apenas para a realização do estudo, podendo os resultados serem apresentados em eventos e/ou publicados em revistas científicas.

Para participar do estudo você precisa concordar com seus termos e assinar este Termo de Consentimento. Você não é obrigado(a) a participar do estudo, poderá desistir de participar a qualquer momento, bastando para isso retirar seu consentimento da pesquisa solicitando a pesquisadora responsável que excluirá seus dados e respostas.

Sua participação é voluntária e asseguramos que não haverá danos e/ou riscos decorrentes de sua participação. Asseguramos total sigilo e anonimato quanto aos dados e informações prestadas. Não haverá nenhum tipo de prejuízo a você caso se

oponha a responder ao questionário, ou desista da participação nesta pesquisa em qualquer momento.

Em caso de dúvida ou intercorrência você poderá recorrer à pesquisadora responsável Carla Martins Crivellaro, residente à Rua Augusto Lippel, 1700, apto. B12, através do telefone (11) 97236-6947, e-mail: carlacrivellaro@hotmail.com, ou ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo no endereço: Rua Joubert Wey, 290. Sorocaba, SP, telefone: 32129896.

Uma cópia deste consentimento informado será mantida em arquivo pela pesquisadora responsável pelo estudo e você deve guardar uma cópia como seu documento consentindo em participar (TCLE). Sua participação na pesquisa não lhe acarretará custos e não haverá qualquer compensação financeira adicional.

AUTORIZAÇÃO:

Eu, _____, com documento RG nº _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com as pesquisadoras para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado (a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente dos objetivos da pesquisa, do questionário que responderei, da entrevista e do grupo de discussão dos quais participarei e dos esclarecimentos sempre que desejar. Estou ciente também de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre esta pesquisa, devo comparecer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP, situado à Rua Joubert Wey, 290 – Vergueiro – Sorocaba/SP, ou ligar no telefone 15-3212-9896, em horário comercial.

Sorocaba, _____ de _____ de 2021

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura de uma testemunha: _____

Assinatura da entrevistadora: _____

APÊNCIDE D – QUADROS TEMÁTICOS DA ANÁLISE QUALITATIVA

Mudanças na prática cotidiana

Quadro 1 - Atividades mantidas e atendimentos de COVID 19

<p><i>[...]Priorizou totalmente o atendimento do COVID por conta da demanda [...]E3</i></p> <p><i>[...]Único atendimento que foi feito presencial, foi o das pessoas sintomáticas [...]E5</i></p> <p><i>[...]Foi feito a triagem, daí essas pessoas eram atendidas ou encaminhadas se caso mais grave para as referências, ou ficava aqui e depois era acompanhado por teleconsulta para ver a evolução do caso[...]E5</i></p> <p><i>[...]A gente praticamente focou mais no COVID[...]. E6</i></p> <p><i>[...]Conseguimos manter as consultas de pré-natal, as vacinas, e só entrava na unidade para atendimento clínico quem realmente estava precisando urgentemente. E6</i></p> <p><i>[...]Nossa rotina interna também mudou muito, antes só atendíamos COVID. E11</i></p> <p><i>[...]Paramos todo o trabalho que tínhamos só para olhar para COVID. E11</i></p> <p><i>[...]A gente continuou com as rotinas de vacina, a gente tentou fazer o acolhimento. E12</i></p> <p><i>[...]Conseguimos manter o processo de vacinação[...]mantivemos também apenas os atendimentos das gestantes para fazer o pré-natal e os atendimentos de urgência. E15</i></p> <p><i>[...]Aqui só atendia COVID. E16</i></p> <p><i>[...]a gente conseguiu manter a vacinação, só. E18</i></p>

Fonte: Autoria Própria

Quadro 2 – Atividades suspensas

<p><i>[...]E a gente não podia mais realizar as visitas domiciliares [...] E1</i></p> <p><i>[...]Eu ia buscar o problema na casa [...]quando a pandemia entrou a gente parou com isso[...]E4</i></p> <p><i>[...]Os atendimentos eletivos todos foram suspensos, foi priorizado só a renovação de receita. E5</i></p>
--

[...]Parou todo o atendimento de rotina drasticamente [...]parou os agendamentos, parou o Papanicolau, parou os atendimentos do grupo de mulheres[...]. E6

[...]Cancelou agenda, cancelou exames, cancelou visita, atendimentos dos grupos, cancelou reuniões. E7

[...]Uma coisa que mudou e me afetou diretamente foram as suspensões das visitas e cadastro de novos usuários, que é o trabalho de rua que a gente faz[...]. E8

[...]Tudo que era de rotina parou. E9

[...]Ficou tudo parado, os grupos pararam, o atendimento odontológico parou total[...] as visitas que eu fazia foram suspensas, então as famílias ficaram desassistidas por um bom tempo. E10

[...]Os atendimentos de grupos que fazíamos parou, grupo de crianças, diabetes, hipertensos e mulheres pararam de vez. E11

[...]Os atendimentos odontológicos foram suspensos. E12

[...]A gente não podia mais fazer visita[...]. E14

[...]Os grupos que tinham pararam todos, isso foi o que eu mais senti. E14

[...]No começo suspendeu as consultas e agendamentos[...]os programas de atenção as crianças foram suspensos e ainda continuam parados. E15

[...]O grupo da saúde mental que ainda está suspenso e não temos para onde encaminhar essa demanda toda...E16

[...]Parou muita coisa no aspecto de prevenção, as atividades de grupo foram suspensas. E15

[...]Os grupos que nós da enfermagem acompanhamos, parou todos. E16

[...]Mudou tudo. O nosso trabalho de rua parou [...]. E17

[...]Os nossos atendimentos da enfermagem pararam todos, a gente não conseguiu fazer mais o acolhimento, as triagens, as consultas e visitas quando entrou a pandemia. E18

Fonte: Autoria Própria

Quadro 3 - Medidas de proteção

[...]Depois...que chegou o primeiro caso aqui que a gente começou a usar máscara[...]. E2

[...]Intensificação de uso de álcool gel, higiene das mãos, uso de EPI's, orientações aos pacientes. E8

[...]Uma coisa que eu percebi que mudou foi sobre a paramentação, tinha muito EPI's, e eu mesmo nunca fui acostumada a usar tanta coisa[...]. E9

[...] Primeira coisa de cuidado que mudou drasticamente foi o uso de álcool, limpeza das salas e materiais que a gente usa no posto, além do uso dos EPI's, e todo mundo já relaxou um pouco nisso. E11

[...]Mudou a rotina no geral...o uso de máscara[...] esses cuidados de máscara, avental e todos os EPI's que a gente colocava no auge da pandemia[...].E13

[...]Teve uma paranoia no começo de trocar a roupa, então a gente vinha com a mesma roupa a semana toda, tinha todo o cuidado na hora de tirar, eu chegava em casa tirava a roupa no Hall do apartamento, o sapato, não deixava ninguém encostar em mim. E13

[...]Cobrança em relação ao uso de máscara para todo mundo que fosse entrar na unidade[...]a população deu uma boa relaxada agora[...].E16

[...]Nunca na minha vida usei tanta coisa para minha segurança[...] achei que eu ia ficar doida de tanta cobrança que tinha de limpar as coisas, usar os EPI's. E17

[...]Mudou muito a parte do uso de máscara e dos EPI's que a gente tinha que ficar usando principalmente quando a gente tava na ala covid. E18

Fonte: Autoria Própria

Quadro 4 - Agravamento das condições de saúde da população

[...]Nós tivemos uma grande piora na qualidade de saúde desses pacientes e tivemos muito óbitos, muitas perdas [...]. E3

[...]De evitar que esses pacientes entrassem em contato com outros e disseminasse mais ainda o vírus, [...] isso causou perda de muitos pacientes com comorbidades que ficaram desassistidos. E3

[...]Muitos pacientes do meu território ficaram desassistidos e tiveram uma piora importante de saúde. E9

[...]Eu acho que a pandemia deu alguns gatilhos para alguns problemas de saúde e o SUS não está dando conta de retomar esses cuidados e fazer o acompanhamento completo[...]. E10

[...]Eu tive COVID, e fiquei com sequelas[...]Jeu preciso passar com especialista e não tem vaga. Ai fico pensamento nos pacientes que tiveram sequelas graves[...] e que estão desassistidos, isso é muito triste...E10

[...]Lidar com idosos requer mais atenção e a gente não conseguiu acompanhar, eles pioraram. E10

[...]É de atender a família no portão da casa, então tem gente que tem mais carinho pela gente que quer que a gente entre na casa para conversar, eles estão muito carentes[...]. E13.

[...]Maior dificuldade de detectar casos novos, de detectar o que está acontecendo na família devido à falta de aproximação. E14

[...]Alguns estão muito carentes, querendo conversar mesmo, e eles acham que a gente está fazendo desfeita de não entrar. E14

[...]Estamos percebendo que a população ficou muito pior da saúde mental, eles estão muito mais abalados[...]chegando bem debilitados do ponto de vista emocional e de saúde também por ter parado tudo. E16

Fonte: Autoria Própria

Quadro 5 - Barreira no acesso à UBS e perda do vínculo

[...]A gente ia separando por triagem o pessoal da síndrome respiratória dos clínicos para ver quem poderia entrar na unidade e receber atendimento [...]. E6

[...]Teve barreira na porta, então não era todo mundo que conseguia entrar na unidade para receber atendimento. E7

[...]Foi colocado fluxo e triagem de porta a gente conseguia abordar o paciente antes de entrar na unidade[...]foi muito triste, porque parou tudo, então muita gente ficou desassistida. E9

[...]A gente perdeu o controle da nossa própria população, porque não tinha devolutiva dos postos sentinelas... tivemos muita dificuldade para entender como estava se dando a doença dentro na nossa área de abrangência. E9

[...]Colocamos pessoas na porta para restringir a entrada, não entrava no auge da pandemia quem era de atendimento de rotina e quem não tinha nenhum problema de saúde mais grave. E12

[...]A unidade só atendia COVID, então tinha gente que chegava na porta querendo consulta e a gente não podia deixar a pessoa entrar, isso foi muito triste.

E14

[...]A gente não ter mais o vínculo, de não poder entrar e ver como é a casa[...]

E14

[...]Então, antes como a gente tinha bastante grupo, a gente tinha mais envolvimento da comunidade dentro da unidade, e hoje em dia eu sinto bem parado isso. E14

[...]Antes quando a gente ia visitar o pessoal era mais acolhedor, tudo...hoje não, eles estão distantes, é um ou outro que convida a gente para entrar. E14

[...]E não podíamos atender as outras coisas, só se o paciente chegava muito mal, em emergência mesmo que podíamos colocar para dentro do posto. E16

[...]A gente só podia deixar entrar quem tinha sintoma ou tava com suspeita de COVID. Foi ruim falar não, não deixar o paciente entrar para receber atendimento[...].E17

[...]Vi muita gente ir embora dessa unidade sem receber atendimento, da porta a gente já tinha que despachar o paciente para outra unidade ou PA[...]. E17

[...]Isso foi triste demais para mim, me doeu muito deixar de assistir minhas famílias, deixar de ficar sabendo e de acompanhar as pessoas que a gente gosta. E17

[...]Deu uma boa afastada, não tem mais aquela interação, não tem mais o vínculo que a gente tinha antes. Hoje, a gente ainda tá bem afastado da população. E18

Fonte: Autoria Própria

Quadro 6 - Redimensionamento da equipe e estrutura física da unidade de saúde

[...]Ainda temos escala de cobertura na recepção para ajudar e fazer o serviço administrativo [...]. E1

[...]Mudou até o layout da unidade, ficou só sintomático/respiratório de um lado, e o resto dos pacientes de outro lado. E7

[...]Ainda fazemos o trabalho da recepção pela falta de funcionários no balcão. E8

[...]A gente fez uma separação da unidade, então tinha a parte que a gente chamava de covidário, que fazia a coleta de Swab e atendimento respiratório com os

médicos daqui e a outra parte do posto ficou mais para o acolhimento e os atendimentos de urgência dos pacientes clínico. E9

[...]A equipe foi separada, então os enfermeiros, técnicos e médico que trabalhavam na ala covid não podiam trabalhar na ala não covid[...]. E12

[...]Quando a gente ficou sabendo da pandemia, a gente recebeu a informação que tínhamos que reorganizar toda a estrutura do posto para atender os pacientes de COVID[...]. E12

[...]No começo eu tomei a iniciativa de verificar a planta da unidade para estudar o que seria melhor, que local da unidade era mais restrito para colocar os atendimentos dos pacientes de covid. E12

[...]A gente teve que se dividir em ala covid e não covid, tinha escala para gente rodiziar nessas alas. E16

Fonte: Autoria Própria

Quadro 7 - Retomada das atividades de rotina

[...]As coisas estão voltando a se encaixar de novo. Hoje estamos conseguindo fazer as visitas domiciliares, mas algumas famílias o acompanhamento ainda acontece por teleatendimento. E1

[...]Hoje as coisas estão um pouco melhores, as atividades estão conseguindo serem retomadas [...]tentativa de trazer o NASF para dentro da unidade novamente. E3

[...]Hoje ainda fazemos o serviço interno na UBS, os serviços administrativos de recepção, algumas visitas domiciliares que retomamos e reuniões de equipe. E4

[...]Algumas visitas estão sendo feitas, os pacientes com doenças crônicas estão voltando com as consultas de rotina, alguns grupos como de mulheres, hipertensos e diabéticos estão começando a retomar, mas ainda num ritmo muito devagar [...] o que tem aumentado é a procura pela vacina da gripe. E5

[...]Hoje voltamos a fazer as visitas, estamos discutindo mais os casos do território que ficaram desassistidos, as consultas e agendamentos estão sendo retomados, os grupos estão voltando a acontecer com restrições de número de participantes[...]. E6

[...]Temos muito chão para recuperar o tempo perdido, muito para organizar e retomar a antiga rotina para suprir a demanda de todo o território. E6

[...]Hoje estamos voltando aos poucos com a rotina[...]estamos conseguindo dar “cara” novamente para o posto. Vocês da fisioterapia voltaram a atender os grupos de dor crônica, qualidade de vida, estão conseguindo atender os pacientes no território que ficaram um bom tempo sem receber o trabalho curativo e preventivo. E7

[...]Estamos retomando devagar com as visitas, com as reuniões de equipe, com o cadastramento de novos usuários e famílias. E8

[...]Estamos conseguindo retomar as atividades de grupo, retomamos alguns agendamentos e reuniões de equipe, as consultas começaram a acontecer novamente. E9

[...]As visitas estão voltando, as consultas, os agendamentos, os grupos de fisioterapia, mas a demanda aumentou muito só vamos para território ver os pacientes com mais necessidades e a orientação que foi passada pra gente é ficar no quintal da casa. E10

[...]Hoje muita coisa ainda está sendo retomada, mas não da forma que deveria. E11

[...]Quando deu uma abaixada no número de casos e até uma melhora da pandemia mesmo, a gente voltou a fazer os atendimentos com agendamento, mas com restrição. E12

[...]Os atendimentos odontológicos voltaram com restrição, voltou a fazer o papanicolau, voltou a fazer os atendimentos dos grupos de hipertensos e diabéticos com no máximo 5 pessoas, mas mantendo todos os cuidados e restrições para manter os protocolos de segurança e de vigilância. E12

[...]As visitas que deixamos de fazer e agora estamos voltando aos poucos. E13

[...]As visitas começaram agora, a ordem que a gente tem é de não entrar nas casas, o nosso foco para ir para a rua é para fazer cadastro novo. E14

[...]Agora as prioridades de consulta e agendando são para os pacientes do grupo de risco. E15

[...]Nós da enfermagem estamos voltando aos poucos com a nossa rotina, mas tem muita coisa para normalizar ainda[...] E15

[...]As consultas e agendamentos começaram novamente, mas temos que priorizar ainda que tem mais risco, alguns grupos retomaram as atividades, vocês da fisioterapia por exemplo[...]. E16

[...]A gente literalmente ta começando do zero, remarcando consulta, remarcando agendamento, remarcando exame, alguns grupos já começaram, fizemos

reunião de equipe para conseguir triar os pacientes que precisam de uma certa forma com mais urgência de atendimento. E16

[...]O pessoal da nutrição, da medicina, da odonto, já está retomando com as consultas [...]tentar trazer a população de volta para esses programas para melhorar a questão da saúde delas. E16

[...]A nossa rotina está voltando aos poucos, aos poucos estamos começando a fazer os agendamentos, as triagens, as consultas, as visitas, mas ainda num ritmo muito devagar. E18

Fonte: Autoria Própria

Sentimentos em relação às mudanças

Quadro 8 – Depressão e Estresse emocional

[...]Eu fiquei com depressão, porque eu vi muita gente ao qual a gente tem vínculo piorar e isso mexe muito com a gente. Eu perdi muitos da minha área[...]. E1

[...]A gente já sobrecarregado com a história da pandemia, o medo da doença em si, porque era muito incerto e ainda é, então a gente ficava estressado[...]. E5

[...]Eu já estava me sentindo mal por tudo, com medo também de contrair a doença, cansada da rotina do trabalho, e essas atitudes me deixaram muito chateada e até um pouco desmotivada. E6

[...]Quando eu peguei o vírus, eu fiquei deprimida, estressada, muito nervosa, você fica isolado né[...]. E10

[...]Teve falta de empatia, eu acho que era um momento para a gente se unir e isso mexeu tanto com a cabeça de todo mundo, quando começou a subir os números, teve que fazer uma educação dentro do posto, para pensar mais positivo[...]. E10

[...]O que eu achei mais complicado foi a oscilação emocional de todos os funcionários. E12

Fonte: Autoria Própria

Quadro 9 – Luto

[...]Quando a gente começou a perder aqueles queridos, que a gente conhecia, colegas daqui de dentro da unidade, foi ficando cada vez mais difícil. E4

[...]Fiquei muito triste, porque com essa pandemia a gente perdeu muitas pessoas conhecidas. E8

[...]A gente foi uma das primeiras unidades que perdeu funcionário[...] A Fabi foi a primeira paciente que morreu no hospital campanha. Isso foi muito ruim para todo mundo aqui dentro da unidade. E12

[...]Perdi as contas de quantos morreram... foi angustiante demais essa situação de conviver com a morte até a terceira onda, mais ou menos, que foi o auge da pandemia. E17

Fonte: Autoria Própria

Quadro 10 – Medo e insegurança

[...]Primeiro nós tivemos muito medo as pessoas vinham passando mal, o começo a gente não sabia o que era direito[...]. E2

[...]Depois foi... rotina normal mesmo...quando tinha que separar para ir para ala covid tinha gente que chorava, não ia, tinha medo. E2

[...]Você estava escalada para ficar 1 dia na covid e ficava 3, porque ficava para você e para os colegas que tinham medo. E2

[...]Foi difícil, porque a gente não estava acostumado com essa rotina aqui dentro, a gente sentia medo de pegar o COVID. E4

[...]Quando a gente saía para ir para casa, a gente saía com medo de levar o vírus para casa. E4

[...]A gente vive com medo constante, sempre com medo aqui dentro da UBS, teve uns meses de pavor aqui dentro da UBS. E4

[...]Lidar com o medo e insegurança da equipe de atender os pacientes sintomáticos. E7

[...]Fiquei muito perdida no começo, ainda mais que quando começou a pandemia eu estava de férias. E7

[...]E fora o medo né, os pacientes com muito medo de tudo, nós também com muito medo, com muita apreensão porque não sabíamos o que poderia acontecer, e essas incertezas se estendem até os dias de hoje. E9

[...]Depois que aconteceu de morrer uma funcionária nossa, o esposo da "Catarina" (ACS), daí eu fiquei bem mais assustada[...]. E10

[...]Isso eu acho que foi a pior parte, porque você não sabe o que vai acontecer quando você está com a doença, se você vai morrer, se você vai melhorar ou piorar.

E10

[...]E os pacientes estão chegando muito mais descompensados, muitos têm medo de vir até o posto por conta da pandemia. E11

[...]Eu senti muito medo no começo, de me contaminar e contaminar minha família[...]. E11

[...]No começo eu sentia muito medo e insegurança do que a gente poderia fazer. E12

[...]Medo de contaminar a família. E12

[...]Ficou todo mundo inseguro, porque ninguém sabia direito o que estava acontecendo eu tinha feito o exame uma semana antes e tinha dado negativo, e quando mudou o laboratório e tivemos que coletar novamente o meu exame veio positivo os dois: o IgM e o IgG. E13

[...]Hoje estamos retomando com os grupos, mas estamos percebendo que a população não está se envolvendo e aderindo como antes, muitos desanimaram de vir, muitos ainda estão com medo de retomar essas atividades. E15

[...]no início da pandemia muita coisa mudou, os munícipes tinham medo e nós aqui do posto também tínhamos muito medo[...].ainda tem um pouco de medo tanto nosso, quanto dos pacientes. E18

Fonte: Autoria Própria

Quadro 11 – Tristeza e Angústia

[...]Tivemos muitos casos, muitas amigas que pegaram, familiares, colega de trabalho que morreu, que faleceu, então ficamos muito triste e muito tensas. E4

[...]Como eu podia fazer para barrar um paciente diabético que não podia entrar na unidade[...].perda do controle do tratamento dos pacientes crônicos, isso foi uma das coisas mais tristes, porque eles estão voltando todos descompensados. E7

[...]Me senti angustiada de não poder atender todo mundo como eu gostaria. E9

[...]Triste de não poder atender todos os pacientes[...].os pacientes do território ficaram muito largados. E11

[...]Por outro lado eu fiquei muito triste, porque eu não estava conseguindo atender todo mundo da forma que eu gostaria, muitos pacientes meus do território estavam ficando para trás. E12

[...]Meu sentimento foi de tristeza, de chateação de ver tudo isso e de ficar sabendo das pessoas que morreram na minha microárea[...]O Cajurú inteiro perdeu muita gente, infelizmente. E14

[...]Foi uma angústia muito grande, uma tristeza muito grande, de ver muita gente ficando doente, nós perdemos uma querida aqui no posto, no começo da pandemia, então isso abateu a mim e a todos aqui. E15

[...]A gente sentiu que perdeu todo o trabalho que a gente vinha fazendo no território. E16

Fonte: Autoria Própria

Quadro 12 – Desespero e Impotência

[...]Senti impotência, nada e ninguém pode parar esse vírus, no começo que ninguém falava de vacina, que ninguém sabia nada, que tudo mudava toda santa hora, eu me sentia impotente demais[...]. E11

[...]Sentimento de impotência de não conseguir ajudar grande parte da população que precisava de cuidado e não conseguia porque a gente tinha ordem so para atender paciente com COVID[...]. E15

[...]Nunca vi tanta gente vindo nesse posto doente, foi difícil, foi desesperador. E17

[...]Acho que todo mundo se sentiu meio inútil diante dessa pandemia, porque era uma coisa que a gente não sabia lidar, e não sabe ainda como lidar dar bem, queria ter ajudado um pouco mais. E18

Fonte: Autoria Própria

Dificuldades enfrentadas

Quadro 13 – Desconhecimento sobre o que fazer

[...]A grande dificuldade é lidar com o público... eles vinham, chegavam aqui desesperados e a gente não tinha respostas para dar[...]. E1

[...]O covid pegou nós de surpresa, então foi uma pandemia que a gente teve que enfrentar sem na verdade saber o que fazer no começo. E1

[...]Foi difícil, porque como é uma doença que a gente não sabia muito, a gente via os pacientes chegarem aqui com sintomas, a gente tentava explicar o que a gente sabia[...]. E4

[...]Ninguém sabia de nada, os pacientes procuravam muitas respostas e a gente não tinha[...]. E6

[...]No começo como não tinha nada certo, não tinha nenhuma pesquisa aprofundada, a gente ficou sem entender, sabia que tinha um vírus e que ele era mortal...mas tinha muito desencontro de informações. E10

[...]A gente não conseguia se familiarizar com o protocolo porque mudava muito, então na realidade a gente tinha medo de dar a informação errada para o paciente. E13

[...]Dificuldade de passar as informações em tempo adequado. E15

Fonte: Autoria Própria

Quadro 14 – Resistência e agressividade dos usuários

[...]Resistência do público, eles não entendiam, eles não queriam usar a máscara. E2

[...]Eu acho que eles ficaram mais agressivos... o paciente falava que ia ser atendido aqui na unidade, porque se eu for para lá eu vou morrer. E2

[...]A população não aceitou essas mudanças, a dificuldade maior foi em ouvir muito xingo, muita ofensa[...] porque eles queriam consulta, eles queriam exame, eles queriam tudo...E5

[...]A adaptação e aceitação da população em relação as mudanças da rotina, foram as minhas maiores dificuldades. E5

[...]Alguns não respeitavam os protocolos de distanciamento aqui na unidade, chegavam sem máscara aqui no posto... não aceitavam as orientações que passávamos, isso foi muito difícil. E6

[...]Na maioria das vezes eles vinham afoitos procurando as consultas, orientações, muitas vezes faltavam com respeito...chegavam até ser agressivos às vezes[...]. E6

[...]Dificuldade de lidar com a braveza e grossura de alguns pacientes e familiares[...] E7

[...]A falta de bom senso dos pacientes de seguir os protocolos, de respeitar as normas[...] como elas não estavam saindo muito de casa, então o posto era uma opção, então muitos acabam vindo aqui sem necessidade. E8

[...]A maior dificuldade foi a própria população mesmo[...]a falta de respeito de alguns, porque sabendo que aqui não estava atendendo mais pacientes com COVID, mas assim mesmo eles vinham aqui no período de transmissão[...]. E8

[...]A falta de bom senso dos pacientes de seguir os protocolos, de respeitar as normas[...] como elas não estavam saindo muito de casa, então o posto era uma opção, então muitos acabam vindo aqui sem necessidade. E8

[...]Poderia ter reduzido os riscos pelo cuidado, e não conseguimos pela ignorância na verdade de alguns[...]. E10

[...]Muitos ainda não criaram consciência da gravidade e não se preocupam em proteger sua própria saúde, a nossa e de outras pessoas que circulam no posto. E11

[...]Sem dúvida é lidar com o público, muitos ficaram agressivos, muitos não entendem a importância de usar a máscara. E11

[...]A gente vê que tem muita gente que ainda não acredita na doença, então eles sentam um ao lado do outro, eles não respeitam[...]. E13

[...]O protocolo que hoje tem é: nós não atendemos ainda os pacientes com síndrome gripal, seja criança, seja adulto, não tem; a pessoa chega aqui com o peito chiando falando que é bronquite, não adianta... a gente não atende mais[...]e a maior dificuldade foi as pessoas não entenderem isso. E13

[...]Infelizmente muitas pessoas ainda não acreditam, é muito complicado essa negação de grande parte da população ainda. Já escutei gente falando no balcão assim: ‘Engraçado né, morre tanta gente dessa doença, e até agora não morreu ninguém que eu conheço dessa doença aí’. E13

[...]Muitos saiam daqui revoltados de não conseguir cuidado, muitos não entendiam o que a gente tentava explicar[...]. E15

[...]Uma grande dificuldade é a agressividade da população, a resistência deles...eles não entendem que a pandemia ainda continua. E16

[...]Foi a ignorância de uma parte da população de não respeitar o uso de máscara[...] desrespeito de seguir nossas orientações sobre distanciamento social, uso de álcool na mão. E17

[...]Maior dificuldade foi a resistência da população, foi fazer eles entenderem que não podia entrar na unidade, que quando entrasse tinha que usar máscara, que não podia vir acompanhado aqui para não ter aglomeração, e essa dificuldade ainda existe. E18

Fonte: Autoria Própria

Quadro 15 - Atendimento a distância

[...]Temos uma área isolada onde o os telefones não pegam em maior parte dos locais... muitas vezes tentávamos o atendimento por tele consulta e não conseguia. E3

[...]A dificuldade de fazer um atendimento a distância numa população vulnerável, com várias dificuldades de instrução de tudo, foi bem difícil. E3

Fonte: Autoria Própria

Quadro 16 – Mudanças constantes de protocolo

[...]Recebemos alguns protocolos da prefeitura, então era assim: hoje vai funcionar desse jeito, a partir de amanhã vai funcionar de outro, isso foi mudando constantemente, a partir de cada semana era uma nova ordem, uma nova burocracia, uma nova informação, um novo protocolo. E5

[...]Outra coisa muito difícil pra mim foram as mudanças constantes de protocolo[...]a sensação que eu tinha era que eu nunca sabia direito o que eu tinha que fazer. E6

[...]No começo a gente tava meio perdido né... muita coisa nova, muita informação, muitas mudanças de protocolos[...]. E8

[...]As mudanças constantes de protocolo e fluxos, atrapalhou demais nas orientações de saúde que tínhamos que dar para os pacientes[...]. E11

[...]No começo da pandemia, a cada semana a gente tinha um protocolo novo, a cada dois dias mudava alguma coisa. E13.

[...]No começo mudava com muita frequência os protocolos, os cuidados, as coletas de exames, então eu me sentia um pouco perdida e com medo de dar informação errada, ou até mesmo de fazer alguma coisa errada. E15

[...]Os protocolos mudavam toda hora, era difícil acompanhar o ritmo das mudanças...e com isso vinha o medo e a insegurança de passar informação errada para os pacientes. E17

Fonte: Autoria Própria

Quadro 17 – Adaptação às mudanças

[...]A gente teve que ficar aqui na unidade o dia todo, e a gente ficou de linha frente, nós ficamos na triagem e na recepção. E1

[...]Começou a mudar tudo, fechar sala, desmontar sala, mudar sala, mas depois entrou na vida real. E2

[...]A gente começou a fazer serviços internos, recepção, triagem na porta, digitação de dados[...]E4

[...]A minha maior dificuldade foi a adaptação a tudo que estava acontecendo. E7

[...]Todas as adaptações foram bem difíceis, tanto para gente, quanto para as pessoas. E7

[...]Tudo isso foi muito difícil, todas essas mudanças mexeram demais conosco profissionais e principalmente com a população que ficou bem desassistida. E11

[...]A ordem que a gente tem é de não entrar na casa, a gente tem que ficar no portão[...]E13

[...]Podia ficar somente dentro do posto, então a gente se dividia no trabalho da triagem na porta e na recepção[...]. E14

[...]As visitas começaram agora, a ordem que a gente tem é de não entrar nas casas, o nosso foco para ir para a rua é para fazer cadastro novo. E14

[...]A gente teve que reaprender muitas coisas, tivemos que reaprender a lidar com as pessoas, com as mudanças de rotina aqui da unidade. E16

Fonte: Autoria Própria

Quadro 18 - Condições precárias de trabalho

[...]Espaço físico, isso faltou na época, porque era muita gente colhendo swab...tínhamos uma sala só de coleta[...]. E9

[...]Todo mundo ficou muito a flor da pele..., quadro de funcionário também não estava suficiente, tinha muita sobrecarga, tinha falta de recurso. E10

[...]No pior momento da pandemia ficamos muito desfalcados em relação a quantidade de funcionários, porque muitos foram remanejados para o hospital de campanha e pro CTE. E12

Fonte: Autoria Própria

Educação em saúde

Quadro 19 – Cursos online, cartilha e protocolos

[...]Os treinamentos foram feitos por enfermeiros, foi feito via DataSUS, tem um caderno que é só pro agente comunitário de saúde para o enfrentamento ao COVID, como ele tem que proceder com as suas atividades. E1

[...]Tivemos cursos e aulas on-line, alguns cursos inclusive obrigatórios que abordavam COVID [...] E3

[...]Cursos do Ministério da Saúde e de alguns serviços especializados [...] eles disponibilizaram on-line de forma gratuita. Então a maior parte da classe médica acabou fazendo. E3

[...]Com as cartilhas que a prefeitura foi mandando para conseguir ajudar um pouco mais os pacientes. E8

[...]Teve bastante curso on-line do Ministério da Saúde. E9

[...]A gente recebeu bastante material da prefeitura também, bastante protocolo e fluxo de atendimento[...]A gente tentava manter a equipe orientada e atualizada em relação a todo esse material que a gente recebia. E12

Fonte: Autoria Própria

Quadro 20 – Busca de informações

[...]Sempre procurei me manter conectada com o que tava acontecendo[...]para que pudesse sempre ter a resposta, pelo menos né, plausível para o paciente não ficar desesperado. E1

[...]A gente cuida, mas ninguém cuida da gente. Eu corri atrás de muitas informações por conta para eu me sentir mais preparada, mas falar que nós tivemos todos os treinamentos que eu gostaria, não tivemos mesmo. E5

[...]Eu pesquisei muita coisa por conta, as novidades iam surgindo e eu ia procurando para me manter preparada [...]e passava aquilo que eu sabia para a equipe e para os pacientes. E6

[...]O conhecimento foi surgindo com pesquisas que eu fui fazendo, com dúvidas que eu fui tirando com os médicos clínicos aqui do posto. E8

Fonte: Autoria Própria

Quadro 21 – Educação e capacitação em serviço

[...]Depois a gente teve treinamentos, teve orientações, todos os cuidados, recebemos todos os EPI's que eram necessários, mas a gente foi linha de frente, e estamos até agora. E1

[...]O conhecimento foi sendo criado ao longo do tempo, nós participamos da criação destes conhecimentos [...]. E3

[...]Mas assim, falar que a gente teve um protocolo nosso, um treinamento bom interno, a gente não teve. E5

[...]A gente teve algumas orientações de paramentação e desparamentação, uso correto de EPI's, mas não passou disso. E5

[...]Tivemos alguns treinamentos internos que a Dra. Tatiana deu, mas foram treinamentos muito básicos sabe... tipo, paramentação, desparamentação. E6

[...]Não teve reuniões para explicar e falar sobre COVID[...]fomos descobrindo as coisas no susto, na raça, no desespero do dia a dia, nas notícias que saíam. E6

[...]Mas dizer que a prefeitura se dedicou em passar informações e treinamento para nós...não teve[...]Talvez eles tenham feito isso com os profissionais que trabalharam nos hospitais campanha, mais com a base mesmo, que envolve nós aqui, não teve nada. E6

[...]Treinamento de como atender esses pacientes, de como proceder com eles não tivemos nada. A única coisa eram as normas técnicas que recebíamos da prefeitura e ministério da saúde. E7

[...]Nem posso culpar ninguém também, porque eu acho que no começo nem tinha muito o que treinar e capacitar também, tudo era muito novo para todo mundo, então todo mundo foi descobrindo junto, crescendo junto. E7

[...]No começo foi muita educação em saúde, falava muito do distanciamento social e lavagem das mãos e depois eu acho que parou um pouco de falar disso e

falou muito sobre vacinação, a própria população deu uma relaxada em relação a esses cuidados todos. E9

[...]Tudo que eu aprendi de fato da doença, de como socorrer, das alterações e tudo mais foi na raça viu, os fluxos e protocolos mudaram muito e isso exigiu muito da gente. E11

[...]A gente fez e recebeu vários treinamentos, inclusive a Dra. “Tatiana” fez um treinamento para nós enfermeiros dos cuidados de como intubar os pacientes para não espalhar aerossóis[...]. E12

[...]A gente tentava manter a equipe orientada e atualizada em relação a todo esse material que a gente recebia. E12

[...]Aqui teve muita troca, então quando uma ficava sabendo de algo que tinha mudado, já passava para a outra[...]. nós mesmos que íamos nos ajudando[...]. a gente descobria e aprendia as coisas no susto. E13

[...]Treinamento específico da doença nós não tivemos, isso fomos aprendendo dentro do posto com o pessoal da equipe, principalmente quando chegava paciente ruim, passando mal de falta de ar, que aí, Dra. “Valentina”, ensinava para gente como deveríamos ajudar ou fazer. E14

[...]A gente se reunia em no máximo 3 ou 4 pessoas e elas passavam todas essas informações para nós[...]. E15

[...]A enfermeira “Olívia” tentava manter a gente atualizado em relação aos protocolos e as mudanças que aconteciam para gente tentar passar com mais segurança as informações para os pacientes que vinham aqui no posto[...]. E15

[...]As outras coisas foram meio de boca...se mudava alguma coisa a informação era repassada pela “rádio peão” (risos), para todo mundo falar e tentar fazer a mesma coisa aqui. E17

[...]De como usar a máscara... qual é a lavagem das mãos correta, sobre o distanciamento social, qual é a necessidade do distanciamento, o porquê, para que isso não se agravasse e não contaminasse mais pessoas. E1

[...]A gente recebeu treinamento da Dra. “Tatiana” de como colocar a máscara, de como fazer a higiene das mãos, de como guardar a máscara. Então, foi mais treinamento de paramentação e desparamentação. E8

[...]A Dra. deu treinamento se aprofundou mais em ensinar os sintomas, e também com as descobertas das medicações corretas, entender que tem um

tratamento correto para indicar para não deixar os sintomas agravarem, e a reabilitação [...]. E10

[...]Recebemos muitos treinamentos em relação a importância de usar os EPI's de forma correta, como tirar, como colocar, como guardar, sobre lavagem de mãos, o uso do álcool, a limpar a sala e os materiais. E11

[...]Recebemos orientações e treinamentos da Dra. "Tatiana" também em relação aos sinais e sintomas dos pacientes com COVID para facilitar o nosso atendimento e avaliação no momento de triagem. E11

[...]A gente reforçou para a equipe a importância do uso de EPI's, do distanciamento e isolamento social, do uso de álcool, da limpeza do posto, principalmente das salas que atendia os pacientes com suspeita e com confirmação de COVID. E12

[...]Exigir e orientar as famílias e usuários a usarem a máscara aqui dentro do posto e para quando forem sair na rua. E13

[...]A enfermeira "Olívia" ensinou e orientou de como a gente podia fazer o acolhimento do paciente que chegava aqui com suspeita de COVID[...]. E15

[...]Do olhar mais humanizado para esses pacientes que chegavam aqui aflitos querendo informações sobre o seu estado de saúde. E16

[...]Dos cuidados que a gente tinha que ter com os pacientes que chegavam aqui com sintomas, de como a gente podia identificar os sinais e sintomas. E16

[...]A Olívia e a Dra. "Tatiana" ensinaram os novos fluxos da unidade, de como se paramentar e manter os cuidados para gente não se contaminar. E16

Fonte: Autoria Própria

Quadro 22 - Percepções sobre os aprendizados das capacitações em serviço

[...]Me senti muito segura com esse treinamento, porque eu não me contaminei, não contaminei ninguém da minha casa [...]seguí certinho as orientações do treinamento. E2

[...]Não me senti preparada, porque tipo, eu não tinha como evitar, se fosse para pegar não tinha nada que a gente fizesse que pudesse evitar[...]. E4

[...]Ela deu esse treinamento umas 2 ou 3 vezes para nós o pessoal foi ficando mais tranquilo e perdendo o medo de colocar e tirar os EPI's [...].E17

Fonte: Autoria Própria

Quadro 23 - Desafios da educação em serviço

[...]Os cursos que fizemos no começo algum tempo depois não servia para muita coisa, muita coisa já tinha mudado e várias vezes mudou ao longo do percurso. Foi difícil. E3

[...]Na teoria era tudo lindo, mas na hora que chegava alguém aqui que eu tinha que fazer, faltava EPI's. E9

[...]Às vezes não conseguia fazer ou até mesmo me paramentar da forma correta pela alta demanda. E9

[...]Esses treinamentos foram bons, serviram de norte para nós e também para repassar isso para os pacientes e conhecidos. E11

[...]Era tudo muito incerto, muita correria, muita mudança, não tinha como ficar passando treinamento, orientação toda hora[...]a demanda era muito alta. E15

[...]A "Olívia" até tentava atualizar a gente de algumas mudanças de fluxo, de protocolo, mas era muito raro, não dava tempo, era tudo muito corrido. E18

Fonte: Autoria Própria

Experiências positivas

Quadro 24 - Valorização do trabalho em equipe

[...]Ver né, na minha unidade o quanto os profissionais são capacitados para lidar com as situações e a força de vontade deles de salvar vidas. E1

[...]Sempre que chegava uma emergência todo mundo saia correndo e isso me dava muito orgulho[...]a união era muito grande. E1

[...]A equipe tem que funcionar, se a equipe não tiver junto nada dá certo, nada acontece. [...]aprendi é que a equipe tem que se unir nesses momentos. E2

[...]A equipe colaborou demais, teve muito trabalho em conjunto, muita união[...]E7

[...]Que se a gente não se unir não vai chegar em lugar nenhum[...]mesmo que por falta de recurso e mesmo a gente tentando ser contra, uma hora tem que se unir para fluir[...]E10

[...]Aprendi também que não dá para trabalhar sozinha, o trabalho so acontece em equipe, o trabalho de equipe é o que faz a diferença na vida desses pacientes.

E11

[...]Nosso maior aprendizado aqui foi a gente trabalhar em equipe, a gente vê como uma equipe funciona mesmo na hora do peca pra cá pá[...] a gente já sabia que a gente tinha uma equipe, a gente sempre soube, mais com isso tudo ficou mais evidente. E13

[...]Quando a gente tinha o covidário aqui, essa unidade não parava um minuto, então a gente viu o quanto a gente trabalhou, o quanto a equipe se esforçou[...] E13

[...]Foi o trabalho em equipe, como é importante trabalhar em equipe, de respeitar o próximo, de entender e escutar mais o outro, de como a gente se fortaleceu passando por isso tudo. E15

[...]A gente sozinha nisso tudo que aconteceu não somos nada, o trabalho em equipe fez toda diferença. E17

[...]Me sinto orgulhosa de ter passado por isso tudo com a equipe daqui, foi bonito de ver a correria da gente aqui para ajudar as pessoas que chegavam mal. E17

[...]Uma coisa que ficou bem clara para mim é o trabalho em equipe[...] E18

Fonte: Autoria Própria

Quadro 25 - Valorização profissional

[...]Experiência positiva é o respeito pelos EPI's, de manter os cuidados sanitários mesmo depois da pandemia, pensando na nossa família e na gente[...]porque o vírus ainda está ai. E2

[...]Percebi o quanto que o trabalho que a gente fazia era importante antes da pandemia[...]a gente sentiu muito a falta do cuidado integrado, dos grupos e do trabalho da fisioterapia, o quanto isso impactava. E3

[...]Aprendi que nós somos essenciais mesmo, só numa hora dessas que a gente percebe o nosso valor... todo mundo fazendo home-office e a gente aqui firme e forte na linha de frente fazendo o nosso trabalho[...]a gente faz muita diferença na vida das pessoas. E7

[...]Eu aprendi foi trabalhar planejando e ao mesmo tempo sabendo que o planejamento muito provavelmente não ia dar em nada[...]só que também se não planejasse ia ser pego de surpresa. E12

[...]Eu aprendi a ter mais paciência, mais flexibilidade, mais também quero dizer que não foi fácil tudo isso, planejar e saber que nada ia dar certo[...] e mesmo assim ter força, respirar fundo e começar tudo de novo. E12

Fonte: Autoria Própria

Quadro 26 - Qualidade da assistência

[...]Vários atendimentos de emergência aconteceram aqui e foram feitos com excelência. E1

[...]Pude ver muitos pacientes que se contaminaram se curarem, e voltar no posto e continuarem com sua vida normal depois do COVID, isso foi muito bom, foi muito gratificante. E7

[...]E também em relação aos pacientes, porque a gente passou a orientar mais em relação aos cuidados de saúde. E8

[...]Eu também peguei COVID, a gente passa a entender mais o paciente, as sequelas que ficam. E8

[...]Eu aprendi a me colocar mais no lugar do paciente, perceber a dificuldade de ficar na fila, de precisar de oxigênio, mexeu muito com a minha parte humana[...]. E10

[...]Aprendi a dar mais atenção ao paciente na parte do acolhimento, saber escutar, avaliar, anotar, olhar, observar o paciente e dar importância para o lado emocional deles também[...]. E16

[...]A gente tem que saber escutar mais as pessoas[...] aprendi a olhar o paciente por outro ângulo, não olhar só a doença mais olhar para o ser humano mesmo. E16

Quadro 27 – Aquisição de conhecimentos

[...]Me deu muito aprendizado de coisas que não é da minha área técnica [...]com eles eu aprendo bastante. E1

[...]A gente vai se adaptando né, a gente vai aprendendo coisas novas, novas funções.... você não faz uma coisa só né... você não vem para o mundo para fazer uma função só[...]E4

[...]De aprender procedimentos e rotinas novas, teve muito aprendizado, da gente sabe identificar, perceber o agravamento do paciente, isso foi muito bom para mim... tanto que até fui trabalhar numa UTI de COVID. E5

[...]O aprendizado técnico da profissão foi enorme, eu aprendi na raça, sozinha[...] aprendi vendo muita gente morrer, muita gente sofrer. E5

[...]Eu consegui evoluir bastante nos meus conhecimentos técnicos...meu olhar ficou mais aguçado para a avaliação do paciente. E6

[...]A gente era acostumado só a trabalhar na rua e com a pandemia recebemos treinamento para trabalhar com a recepção também[...] então a gente aprendeu de como funciona esse fluxo. E8

[...]Nós mesmo ACS, o nosso trabalho era muito na rua, não fazia nada de administrativo e a gente aprendeu a fazer de um tudo[...] E13

[...]Outra mudança, nós ACS começamos a receber treinamento para fazer a função administrativa. E17

Fonte: Autoria Própria

Quadro 28 - Rede de apoio e enfrentamento do medo

[...]Tinha gente que tinha medo de ir trabalhar no covid e ninguém criticou, pelo contrário deu força e incentivo [...] a equipe se uniu muito, isso foi muito bom. E2

[...]Percebi que temos uma rede muito boa e que usamos muito pouco, até hoje eu troco informações para auxiliar no meu trabalho [...] a gente uniu mais os profissionais da rede, e eu acho que isso foi muito legal, muito bacana. E3

[...]Eu ajudei muito os colegas de trabalho...isso foi bem legal, a gente foi se ajudando muito, trabalhando muito em equipe...isso foi muito legal[...] sempre um ajudava o outro, isso foi bacana. E4

[...]Porém, aos poucos esse sentimento de medo, de insegurança foi passando, hoje me sinto mais preparada e mais leve para enfrentar isso tudo do que na época. E7

[...]Depois que morreu a funcionária do posto e o esposo da “Catarina” o sentimento de união e empatia tomou conta de todos do posto. E10

[...]Experiência positiva posso dizer que foi a união entre os funcionários[...] essa rede de apoio entre os colegas de trabalho foi muito boa. E11

[...]Vários momentos a gente teve que dar apoio para os funcionários, mas ao mesmo tempo eu mesma estava passando por um momento difícil também[...]. E12

[...]Todo mundo foi muito generoso e solidário com todo mundo[...].E13

[...]Sem dúvida foi a união e o trabalho em equipe, a gente se ajudou muito dentro do posto, sempre um dava força para o outro[...] todo mundo se ajudando e ajudando os pacientes que chegavam ruins na unidade. E14

[...]E o apoio que um deu pro outro também foi demais, sem dúvida a gente se fortaleceu com tudo isso que passamos aqui. E17

[...]Eu além de Técnica sou terapeuta holística também, então eu pude ajudar muito meus colegas aqui, ajudei dando força, dando suporte, isso foi muito bom, eu me aproximei de muito mais gente aqui dentro por conta dessa pandemia. E18

[...]Um dos aprendizados que eu tive é que sentir medo é bobagem, que já que você que é da área você tem que enfrentar[...] então não adianta ter medo o que tiver que ser vai ser. E18

Fonte: Autoria Própria

Quadro 29 – Tecnologias

[...]O que eu achei que foi positivo é que a saúde, a atenção básica deu um passo para a tecnologia[...].E9

[...]A gente tem tecnologias hoje como foi com a telemedicina e teleatendimentos que foi um passo que foi dado e eu acho que dificilmente a gente vai conseguir voltar atras nisso. E9

[...]Você pode ter grupos on-line pela ferramenta do WhatsApp, fazer chamada de vídeos com a população no geral, eu acho que para treinamento em si também, foi muito bacana, foi muito mais abrangente. E9

Fonte: Autoria Própria

Quadro 30 - Valorização da vida

[...]Eles começaram a enxergar um pouco de esperança com a descoberta da Coronavac. E1

[...]A gente aprende a ver outros valores também nas pessoas né, que as vezes passa em branco na correria ali do dia a dia, que a gente não para pra agradecer e não para pra reconhecer o outro[...]. E10

[...]O que tiro de aprendizado foi amar e não deixar as coisas para o amanhã, o que você tiver que fazer, faça hoje[...]de não ter muito apego nas coisas materiais, de dar mais valor para a nossa saúde, para a nossa família...aproveitar cada momento como se fosse o único. E14

[...]Eu aprendi que a gente tem um limite, a gente não tem o controle de tudo[...]. E15

[...]Aprendi o valor do abraço, e como aprendi, o valor de uma visita de um amigo. E15

[...]Aprendi a valorizar mais os colegas de trabalho, a família, os momentos que a gente tem com a quem a gente gosta[...] a gente não pode mais deixar de aproveitar a vida por conta desse vírus. E18

Fonte: Autoria Própria

ANEXOS

ANEXO A – CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA – CAMPUS SOROCABA – PUC/SP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Dirce Setsuko Tacahashi
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP

Prezada Professora,

Estou encaminhando para apreciação do CEP-FCMS-PUC-SP o projeto de pesquisa intitulado "Percepção dos profissionais de saúde sobre a prática da Estratégia de Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19"

Trata de um projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Estudo Pós-Graduados em Educação nas Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, tendo como orientadora Prof^a Dra. Lúcia Rondele Duarte.

O estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde Cajuru do Sul, situada no município de Sorocaba, e a autorização para realizá-lo naquele local encontra-se anexa a documentação da pesquisa que foi cadastrado na Plataforma Brasil.

Desde já agradeço a vossa atenção

Carla Martins Crivellaro

De acordo,



Prof. Dr. Fernando Antonio de Almeida
Coordenador do Programa de Estudos Pós-Graduados
Educação nas Profissões da Saúde da FCMS da PUC-SP

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

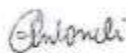
Secretaria da Saúde

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS NAS
UNIDADES SOB RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA DA SAÚDE DE
SOROCABA**

A Divisão de Educação em Saúde da Secretaria da Saúde de Sorocaba declara estar informada e de acordo a respeito do desenvolvimento da pesquisa intitulada “Percepção dos Profissionais de saúde sobre a prática da Estratégia de Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19” sob responsabilidade da Pesquisadora Carla Martins Crivellaro sob Orientação da Prof. Lúcia Rondelo Duarte. A pesquisa será desenvolvida na UBS Cajuru. Ciente de que a pesquisa será conduzida conforme os princípios éticos em pesquisa vigentes no país, essa Instituição autoriza o desenvolvimento da mesma, mediante a devolutiva do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição proponente.


Atenciosamente,

Sorocaba, 23 de novembro de 2020.




Patrícia de Paulo Antoneli
Supervisora de área de Saúde da
Divisão de Educação em Saúde



MICHELE MENDES DA SILVA
COORDENADORA
ESF - CAJURU



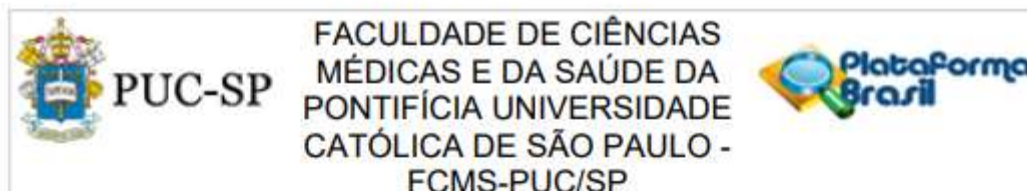
Michele Mendes da Silva
Coordenadora da UBS Cajuru

ANEXO C – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

 **MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP**
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Percepção dos profissionais de saúde sobre a prática da Estratégia de Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 37			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: CARLA MARTINS CRIVELLARO			
6. CPF: 332.629.038-17	7. Endereço (Rua, n.º): AUGUSTO LIPPEL, 1700 PARQUE CAMPOLIM B12 SOROCABA SAO PAULO 18048130		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 11972366947	10. Outro Telefone:	11. Email: carlacrivellaro@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>25</u> / <u>11</u> / <u>2020</u>  Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciências Med e da Saúde	13. CNPJ: 60.990.751/0016-00	14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone:	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto</u> CPF: <u>027.021.048-27</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP</u></p> <p>Data: <u>25</u> / <u>11</u> / <u>2020</u>  Assinatura</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos profissionais de saúde sobre a prática da Estratégia de Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19

Pesquisador: CARLA MARTINS CRIVELLARO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40597020.1.0000.5373

Instituição Proponente: Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciências Med e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.531.519

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa com o título: "Percepção dos profissionais de saúde sobre a prática da Estratégia de Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19". Projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas profissões de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP. Tem como pesquisadora a aluna Carla Martins Crivellaro (aluna de mestrado) e como orientadora a Profa Dra. Lucia Rondelo Duarte.

Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem com predomínio qualitativo.

A pesquisa será desenvolvida na UBS Cajuru do Sul "Dr.Luiz Latuf", localizada no bairro Cajuru do Sul, situada no município de Sorocaba. Serão convidados a participar do estudo todos os profissionais que trabalham na UBS Cajuru do Sul/Sorocaba, sendo 5 médicos, 3 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde, 3 dentistas e 3 funcionários administrativos, totalizando 37 profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar a percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde Família sobre a atuação da UBS Cajuru do Sul/Sorocaba no enfrentamento da pandemia.

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

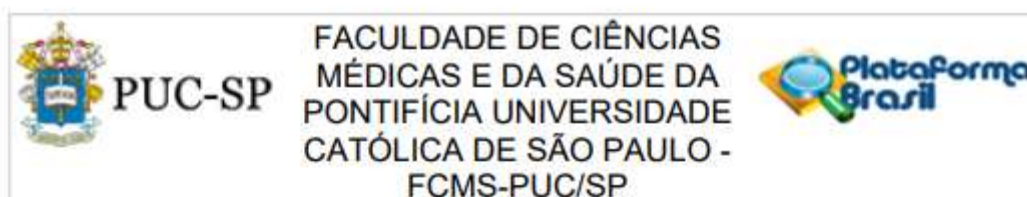
UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfams@pucsp.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos profissionais de saúde sobre a prática da Estratégia de Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19

Pesquisador: CARLA MARTINS CRIVELLARO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40597020.1.0000.5373

Instituição Proponente: Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciências Med e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.531.519

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa com o título: "Percepção dos profissionais de saúde sobre a prática da Estratégia de Saúde da Família no enfrentamento da Pandemia COVID 19". Projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas profissões de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP. Tem como pesquisadora a aluna Carla Martins Crivellaro (aluna de mestrado) e como orientadora a Profa Dra. Lucia Rondelo Duarte.

Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem com predomínio qualitativo.

A pesquisa será desenvolvida na UBS Cajuru do Sul "Dr.Luiz Latuf", localizada no bairro Cajuru do Sul, situada no município de Sorocaba. Serão convidados a participar do estudo todos os profissionais que trabalham na UBS Cajuru do Sul/Sorocaba, sendo 5 médicos, 3 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde, 3 dentistas e 3 funcionários administrativos, totalizando 37 profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar a percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde Família sobre a atuação da UBS Cajuru do Sul/Sorocaba no enfrentamento da pandemia.

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

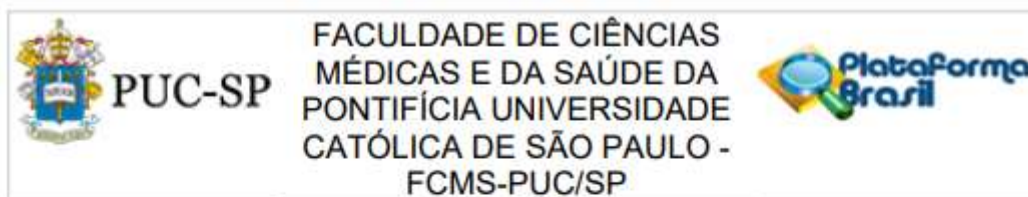
UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfoms@pucsp.br



Continuação do Parecer: 4.531.519

anexados e de acordo. Os dados curriculares dos participantes estão atualizados e anexados.

Recomendações:

Atualizar o cronograma de atividades.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatar

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1674181.pdf	01/12/2020 13:08:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA_OFICIAL.pdf	01/12/2020 12:18:12	CARLA MARTINS CRIVELLARO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PLATAFORMA.pdf	01/12/2020 12:14:53	CARLA MARTINS CRIVELLARO	Aceito
Outros	cv_lattes_carla_atualizado.pdf	01/12/2020 12:09:14	CARLA MARTINS CRIVELLARO	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Lucia_Rondelo_Duarte.pdf	01/12/2020 12:07:19	CARLA MARTINS CRIVELLARO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_ao_CEP.pdf	01/12/2020 12:05:43	CARLA MARTINS CRIVELLARO	Aceito
Declaração de concordância	carta_concordancia_prefeitura_projeto.pdf	01/12/2020 10:20:34	CARLA MARTINS CRIVELLARO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Carla.pdf	01/12/2020 10:14:01	CARLA MARTINS CRIVELLARO	Aceito

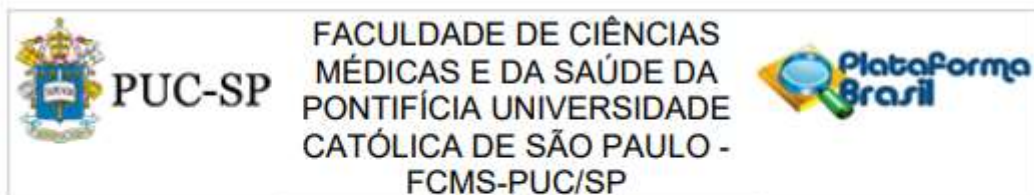
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro **CEP:** 18.030-070
UF: SP **Município:** SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 **Fax:** (15)3212-9896 **E-mail:** cepfcms@pucsp.br



Continuação do Parecer: 4.531.519

SOROCABA, 09 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Dirce Setsuko Tacahashi
(Coordenador(a))