

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Ceará



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

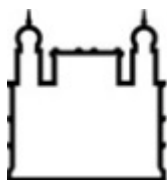
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA –
NUCLEADORA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
DOUTORADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCISCA LAURA FERREIRA DE SOUSA ALVES

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
NO CONTEXTO DO TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID-19**

São Luís-MA

2025



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Ceará



FRANCISCA LAURA FERREIRA DE SOUSA ALVES

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID-19

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PPGSF, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Nucleadora UFMA, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

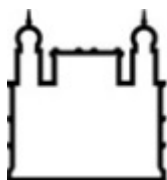
Co-orientadora: Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

São Luís-MA

2025



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Ceará



FRANCISCA LAURA FERREIRA DE SOUSA ALVES

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID-19

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PPGSF, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Nucleadora UFMA, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Saúde da Família.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

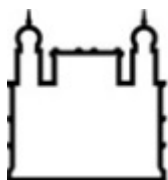
Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves – Orientadora

Profa. Dra. Adriana Sousa Rego

Profa. Dra. Karlinne Maria Martins Duarte

Profa. Dra. Paola Trindade Garcia

Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Ceará



Ficha catalográfica

A474p Alves, Francisca Laura Ferreira de Sousa.
Percepção de Profissionais das Unidades Básicas de Saúde no
Contexto do Trabalho na Pandemia da COVID-19 / Francisca Laura
Ferreira de Sousa Alves. -- 2025.
xiii, 107 f.

Orientadora: Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves.
Coorientadora: Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz.
Tese (Doutorado Profissional em Saúde da Família) - Fundação
Oswaldo Cruz, Fiocruz Ceará, Eusébio - Ceará, 2025.
Bibliografia: f. 83-88.

1. COVID-19. 2. Processo de Trabalho. 3. Atenção Primária à
Saúde. I. Título.

CDD 610.711

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Camila Victor Vitorino Holanda - CRB-1126
Biblioteca Fiocruz Ceará

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder o dom da vida, por ser a luz que me guia nos dias escuros, a força diante das dificuldades e pelas respostas silenciosas que me sustentaram quando fraquejei. Por cada bênção e também por cada obstáculo, pois ambos me trouxeram até aqui.

"O Senhor é a minha força e o meu escudo; nele o meu coração confia, e dele recebo ajuda. Meu coração exulta de alegria, e com o meu cântico lhe darei graças." (Salmos 28:7)

À Fundação Oswaldo Cruz, à Universidade Federal do Maranhão e à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, por terem possibilitado minha formação acadêmica e me inserido em um campo de conhecimento tão potente e necessário.

À minha orientadora, Professora Dra. Teresa Seabra, meu carinho e respeito. Agradeço imensamente pela escuta atenta, pela orientação generosa e exigente e pelo incentivo constante.

Às professoras e professores da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, que contribuíram para minha trajetória acadêmica e pessoal com ensinamentos que levarei para além das salas de aula.

À minha família, a base firme sobre a qual construí meus passos.

Ao meu querido esposo, Joilson Alves, meu amor, meu porto e meu espelho. Obrigada por caminhar ao meu lado, com paciência, generosidade e afeto nos momentos mais difíceis. Obrigada por me fazer sorrir quando eu só queria desistir, por me escutar em silêncio quando as palavras me faltavam, e por celebrar comigo cada pequena vitória. Sua presença foi essencial para que eu chegasse até aqui, essa conquista é nossa.

Ao meu pai, Raimundo Luna, por ser exemplo de dignidade, honestidade e amor pelo trabalho. Sua história me inspira todos os dias. À minha mãe, Aldenora Sousa, pelo amor incansável, pelas palavras firmes nos dias difíceis, e pela fé que nunca se abala, a sua força é a minha maior herança. Às minhas irmãs Rhaylla, Rhaynara e Rhaysa, que amor bonito a gente construiu! Cada uma, com sua coragem, inteligência e delicadeza, me ensina sobre o que é ser forte. Sou parte de vocês.

Aos meus sobrinhos queridos (Edgar, Eloa, Luís Miguel, Luís Guilherme e Isaac) obrigada por serem luz nos meus dias. Cada sorriso, abraço e gesto espontâneo de vocês me lembra do que realmente importa na vida. Vocês me enchem de alegria, esperança e motivação para seguir em frente, mesmo nos dias mais difíceis. Que eu possa ser, para cada um, exemplo de afeto, dedicação e coragem para conquistar os sonhos. E à nossa pequena Alice, que habita para sempre em meu coração. Sua breve existência me ensinou sobre amor, saudade e esperança. Você é lembrada com ternura e faz parte da força que me impulsiona.

Aos meus alunos e alunas, que foram compreensivos nos períodos mais intensos e que respeitaram minhas ausências temporárias. Vocês me ensinam todos os dias sobre escuta, empatia e transformação. Obrigada por fazerem parte da minha caminhada e me ajudarem a ser uma professora melhor.

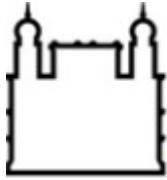
Às minhas amigas de turma (Danielle, Ellen, Jéssica e Samy), por compartilharem comigo risos, cansaços, dúvidas e vitórias. Nos reconhecemos na exaustão e celebramos cada conquista como se fosse de todas. Sem vocês, o caminho teria sido mais duro e menos bonito.

Às pessoas entrevistadas na pesquisa, pela confiança e pela disponibilidade em compartilhar suas vivências. Vocês deram vida e sentido a este trabalho.

À banca examinadora, pela leitura cuidadosa e pelas contribuições fundamentais para o amadurecimento desta tese.

A todos os colegas de turma que dividiram comigo as angústias e alegrias desses anos de doutorado, meu carinho e admiração.

E, finalmente, a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram, incentivaram, escutaram, acolheram ou torceram por mim, ainda que não estejam nomeadas aqui: minha gratidão mais sincera e profunda.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Ceará



*“Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas
Que já tem a forma do nosso corpo
E esquecer os nossos caminhos que
nos levam sempre aos mesmos lugares
É o tempo da travessia
E se não ousarmos fazê-la
Teremos ficado para sempre
À margem de nós mesmos”*

Fernando Pessoa

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID-19

Francisca Laura Ferreira de Sousa Alves
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz

RESUMO

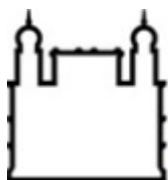
A pandemia de covid-19 impôs desafios inéditos aos sistemas de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciando a necessidade de reorganização dos processos de trabalho. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar, a partir da perspectiva de profissionais da APS, as mudanças ocorridas no processo de trabalho durante a pandemia, considerando as interseccionalidades de gênero e classe, os desafios enfrentados na vacinação e a perspectiva de profissionais da saúde as respostas produzidas pela APS no contexto de emergência sanitária. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa realizada em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em diferentes distritos de São Luís, Maranhão, selecionadas para garantir diversidade nos resultados. Participaram profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família que estiveram ativos durante as ondas da pandemia. A coleta de dados foi realizada em um único momento em cada UBS por meio da técnica de Grupo Focal, cujas falas foram gravadas, transcritas e analisadas como narrativas segundo a técnica de Bardin. A análise resultou em três artigos científicos: o primeiro, “Interseccionalidades na Atenção Primária durante a pandemia de covid-19: trabalho, gênero e classe”, que evidenciou como as desigualdades estruturais influenciaram a experiência laboral dos profissionais; o segundo, “Vacinação contra covid-19: desafios e percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde”, que discutiu as dificuldades e estratégias no processo vacinal; e o terceiro, “A reinvenção do cuidado na Atenção Primária à Saúde: impactos e respostas à pandemia de covid-19”, que analisou as vivências de trabalhadores da APS durante a pandemia de covid-19. Conclui-se que, a pandemia de covid-19 impactou profundamente os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde, revelando desigualdades estruturais atravessadas por gênero e classe, desafiando a execução da vacinação e exigindo a reinvenção cotidiana do cuidado em contextos de grande vulnerabilidade. As análises apontam a APS como um espaço estratégico para respostas mais equitativas e eficazes em futuras emergências sanitárias.

Descritores: COVID-19; Processo de Trabalho; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic imposed unprecedented challenges on health systems, especially in Primary Health Care (PHC), highlighting the need to reorganize work processes. In this context, the present study aimed to analyze, from the perspective of PHC professionals, the changes that occurred in work processes during the pandemic, considering the intersections of gender and class, the challenges faced in vaccination, and the perspectives of health professionals on the responses produced by PHC in the context of the health emergency. This is an evaluative study with a qualitative approach, conducted in six Basic Health Units (BHUs) located in different districts of São Luís, Maranhão, selected to ensure diversity in the results. Participants were professionals from Family Health Strategy teams who were active during the waves of the pandemic. Data collection was carried out at a single time in each BHU using the Focus Group technique, with discussions recorded, transcribed, and analyzed as narratives using Bardin's content analysis technique. The analysis resulted in three scientific articles: the first, "Intersections in Primary Health Care during the covid-19 pandemic: work, gender, and class", which highlighted how structural inequalities influenced professionals' work experiences; the second, "covid-19 vaccination: challenges and perceptions of Primary Health Care professionals", which discussed difficulties and strategies in the vaccination process; and the third, "The reinvention of care in Primary Health Care: impacts and responses to the covid-19 pandemic", which analyzed the experiences of PHC workers during the covid-19 pandemic. It is concluded that the covid-19 pandemic deeply impacted work processes in Primary Health Care, revealing structural inequalities shaped by gender and class, challenging the implementation of vaccination, and demanding the daily reinvention of care in highly vulnerable contexts. The analyses point to PHC as a strategic space for more equitable and effective responses in future health emergencies.

Descriptors: COVID-19; Work process; Primary Health Care.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

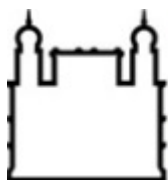
Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Ceará



LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– UBS selecionadas para fazer parte do estudo	27
-----------------	---	----



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

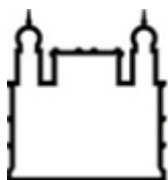
Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Ceará



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-CoV-2	Coronavirus 2 da síndrome respiratória aguda grave
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
SUS	Sistema Unificado de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
WHO	World Health Organization



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

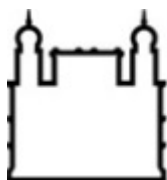
Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Ceará



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
2	REVISÃO DE LITERATURA	04
2.1	COVID-19: No Mundo, no Brasil e no Maranhão	04
2.2	Atenção primária como coordenadora do cuidado aos pacientes infectados por COVID-19	07
2.3	Processos de trabalho	13
2.3.1	Processo de trabalho em saúde	14
2.3.2	Processos de trabalho no contexto da pandemia da COVID	15
2.4	Avaliação em Saúde	18
3	OBJETIVOS	23
3.1	Objetivo Geral	23
3.2	Objetivos Específicos	23
4	MÉTODOS	23
4.1	Tipo de Estudo	24
4.2	Campo de Estudo e Período	24
4.3	Participantes do Estudo	25
4.4	Critérios de Não Inclusão	26
4.5	Técnica de Coleta	26
4.6	Análise dos Dados	28
4.7	Aspectos Éticos da Pesquisa	28
5	RESULTADOS	30
5.1	Artigo 1 - INTERSECCIONALIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: trabalho, gênero e classe	31
5.2	Artigo 2 - VACINAÇÃO CONTRA COVID-19: desafios e percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	48
5.3	Artigo 3 - A REINVENÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: impactos e respostas à pandemia de covid-19	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	89
	APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	92



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Ceará



APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. 95

APÊNDICE D – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP 97

1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde vigente no Brasil é caracterizado por um conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, organizados de forma regionalizada e hierarquizada. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo o papel de ordenadora do cuidado em rede, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010).

Países com sistemas de APS resolutivos e bem consolidados demonstraram maior capacidade de articular o enfrentamento da pandemia da covid-19 de forma intersetorial, coordenada e eficiente (FERNANDEZ, 2020). No Brasil, o cenário pandêmico evidenciou, entretanto, as fragilidades históricas do sistema de saúde, exigindo respostas rápidas e reorganização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, na China, notificou casos de uma síndrome respiratória aguda grave, posteriormente identificada como causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), resultando na doença denominada covid-19 (WHO, 2020). Com sua rápida disseminação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de emergência de saúde pública de interesse internacional em 30 de janeiro de 2020 e, em março do mesmo ano, a pandemia foi oficialmente reconhecida. Desde então, mais de 270 milhões de pessoas foram infectadas, com mais de 5 milhões de mortes em todo o mundo (JHU, 2023).

Diante da rápida propagação do vírus, os países mobilizaram esforços para organizar seus serviços de saúde, incluindo o fortalecimento da atenção hospitalar e da APS, considerados fundamentais no enfrentamento comunitário da pandemia (MOROSINI, 2020). O Brasil, por sua vez, apresentava uma vantagem potencial: a estruturação territorial da APS, com equipes multiprofissionais capacitadas para lidar com as especificidades locais (BRASIL, 2017).

No entanto, o sistema de saúde brasileiro, já fragilizado por fatores estruturais e de financiamento, não estava preparado para o aumento exponencial da demanda por atendimentos, exigindo a adoção de medidas emergenciais para garantir a assistência à população (DA SILVA, 2020). No Maranhão, o primeiro caso foi notificado em 19 de março de 2020, na cidade de São Luís (SÃO LUÍS, 2020). A partir disso, tornou-se necessário reorganizar a rede assistencial do município, integrando os serviços municipais e estaduais para responder à crescente demanda e evitar o colapso do sistema. Em abril, já havia insuficiência de leitos para pacientes com covid-19, o que demandou ações rápidas da gestão municipal e estadual.

Ainda assim, a resposta brasileira concentrou-se majoritariamente na atenção hospitalar, priorizando a ampliação de leitos e a aquisição de equipamentos como respiradores, enquanto

a APS recebeu pouca ênfase (FERNANDEZ, 2020). Nos serviços de atenção primária, os desafios foram inúmeros: escassez de informações sobre a doença, limitação no acesso a Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e afastamento de profissionais de saúde pertencentes a grupos de risco, o que gerou a necessidade de suspensão de atividades e reestruturação dos fluxos de atendimento (MARANHÃO, 2020).

Em resposta, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) reorganizaram seus processos de trabalho. As agendas foram ajustadas para priorizar atendimentos de demanda espontânea; consultas eletivas foram desmarcadas; e foram mantidas apenas as atividades consideradas essenciais, como o pré-natal e o acompanhamento do puerpério (SILVA, 2021). Os atendimentos passaram a priorizar casos sintomáticos respiratórios, com espaços exclusivos para acolhimento e triagem, implantação de teleatendimento, definição de UBS de referência para síndromes gripais leves e elaboração de notas técnicas com orientações sobre fluxos, protocolos e uso de EPIs (ALMEIDA, 2020).

O enfrentamento da pandemia de covid-19 exigiu profundas adaptações no processo de trabalho das equipes da APS, que se tornaram protagonistas na resposta à crise, especialmente nas ações de vigilância, vacinação, acompanhamento de casos e cuidado em territórios vulneráveis. As vivências dos profissionais revelaram como desigualdades estruturais de gênero e classe atravessaram o cotidiano laboral, intensificando a sobrecarga e evidenciando vulnerabilidades pré-existentis. A condução da campanha de vacinação, marcada por desafios logísticos e falta de diretrizes claras, expôs a fragilidade da coordenação nacional e demandou estratégias locais por parte das equipes.

Os profissionais reinventaram práticas de cuidado diante de limitações estruturais e ausência de suporte governamental mais efetivo. Diante disso, torna-se essencial sistematizar essas experiências, não apenas para reconhecer o papel da APS no enfrentamento da pandemia, mas também para qualificar sua atuação e fortalecer o SUS frente a futuras emergências sanitárias.

A pandemia e a necessidade de isolamento social não podem ser justificativas para a limitação do direito ao acesso universal à saúde. É imprescindível que os desafios impostos por esse cenário sejam analisados à luz dos princípios constitucionais da integralidade e da equidade. Diante disso, este estudo tem como objeto analisar, a partir da perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde, as mudanças no processo de trabalho durante a pandemia de covid-19, considerando as interseccionalidades de gênero e classe, os desafios enfrentados na vacinação.

A escolha do objeto de estudo fundamenta-se na identificação de lacunas na literatura científica sobre a atuação da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da covid-19,

especialmente no que se refere à percepção dos profissionais sobre as mudanças nos processos de trabalho. Apesar da centralidade da APS no enfrentamento da pandemia, observa-se escassez de estudos que articulem dimensões como gênero, classe, estratégias de vacinação e os desafios enfrentados pelos profissionais.

A experiência profissional da pesquisadora na APS contribuiu para a aproximação com o campo e a escuta qualificada dos trabalhadores da linha de frente. Ao analisar essas percepções, a pesquisa busca ampliar a compreensão sobre a organização do trabalho em situações emergenciais, oferecendo subsídios para o fortalecimento das ações da APS e para a qualificação do SUS. O curso de doutorado em Saúde da Família proporcionou a fundamentação teórico-metodológica necessária para a delimitação do objeto e sustentação analítica deste estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A tese está estruturada em quatro capítulos que abordam de forma integrada e progressiva os diversos aspectos do tema central. No primeiro capítulo, é apresentado o panorama geral da pandemia de covid-19, com uma contextualização internacional, nacional e regional, enfocando seus impactos na saúde da população. O segundo capítulo destaca a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado aos pacientes infectados, evidenciando os desafios e as demandas para a formulação de respostas eficazes por parte das gestões federal, estadual e municipal no enfrentamento da crise.

Já o terceiro capítulo aprofunda a discussão sobre os processos de trabalho, inicialmente em sua dimensão geral, para em seguida focar especificamente nos processos de trabalho em saúde e, mais particularmente, no contexto da pandemia da covid-19, alinhando-se diretamente ao recorte do objeto e campo de pesquisa. Por fim, o quarto capítulo aborda a relevância e a diversidade do campo da pesquisa avaliativa qualitativa em saúde, incluindo um breve histórico da institucionalização da avaliação em saúde, essencial para a compreensão dos fundamentos metodológicos utilizados neste estudo.

2.1 COVID-19: No Mundo, no Brasil e no Maranhão

O final do ano de 2019 foi marcado pelo surgimento de vários casos graves de pneumonia na província de Hubei, na China, e, em 31 de dezembro do mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou a população quanto aos riscos de um novo tipo de coronavírus identificado, que, até então, ainda não estava presente em seres humanos (WHO, 2020).

O acelerado crescimento de notificação de casos e óbitos, a princípio apenas na china, e, posteriormente, a sua expansão em países de diversos continentes, fez com que a OMS, em 30 de janeiro de 2020, declarasse que o surto do novo vírus se tratava de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o que corresponde ao mais alto nível de alerta previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Pouco tempo depois, a covid-19 foi caracterizada como uma pandemia, em 11 de março, devido ao alcance geográfico dessa doença (em vários países e regiões do mundo) (KOH, 2020).

Após a declaração de ESPII pela OMS, o Brasil começou a se preparar para a situação. O primeiro caso positivo para SARS-Cov-2 no Brasil foi confirmado no dia 26 de fevereiro, na cidade de São Paulo, e a primeira morte foi registrada no dia 17 de março. E, logo em seguida, casos de covid-19 foram identificados em todos os estados brasileiros (LOCO, 2020).

Antes mesmo da primeira notificação de infecção confirmada, o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), pela Portaria nº 188/2020 (BRASIL, 2020a), assim como deu início à elaboração do Plano de Contingência Nacional para a covid-19, publicado em 13 de fevereiro (BRASIL, 2020b).

Após a confirmação do primeiro caso da covid-19, o país levou apenas 17 dias para chegar ao quantitativo de 100 casos e somente mais sete dias para atingir 1.000 e 31 dias para alcançar a marca dos 10 mil casos. Como mostra a Figura 1, na qual os principais eventos relacionados à epidemia da covid-19 no Brasil e no mundo são sumarizados (CAETANO, 2020).

Mesmo que a grande maioria dos pacientes infectados apresentem quadros leves ou até sejam assintomáticos, 15% podem apresentar quadros clínicos mais graves e 5% necessitam de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e ventilação mecânica. A infecção por covid-19 é extremamente transmissível; o que tornou a organização e a gestão desses casos algo extremamente desafiador, devido ao grande contingente de indivíduos infectados e adoecidos ao mesmo tempo. Isso representou uma sobrecarga para o atendimento dos casos sintomáticos e graves, gerando um estrangulamento do sistema de saúde e elevando significativamente a letalidade da doença (WU, 2020).

Quase dois meses depois da primeira notificação em São Paulo, o Brasil já totalizava 71.886 casos confirmados de infecção pela covid-19 e o assustador número 5.017 mortes, superior às notificações de óbitos registrados na China (4.643). Nesse período a taxa de letalidade já atingia 7% (BRASIL, 2020a).

É importante sinalizar o expressivo número de subnotificação dos pacientes infectados e de mortos em decorrência da doença, seja por causa dos casos assintomáticos ou pela escassez dos testes para a confirmação dos casos. Existem publicações relatando sobre o retardo das ações de enfrentamento por parte do governo brasileiro e devido a isso não houve um preparo necessário para atender a grande demanda, assim nem todos os pacientes foram testados, priorizava-se grupos de risco e casos mais graves (GRANATO, 2021; REICH, 2020).

No Maranhão, os casos de infecção pela covid-19 começaram a ser investigados em 28 de fevereiro de 2020, com a suspeita de dois casos. Pouco tempo depois (17/04/2020), já haviam sido notificados 243 casos, desses 22 descartados e 205 suspeitos, os quais foram acompanhados até o dia 19 de março de 2020. O primeiro caso confirmado de infecção pela covid-19 do estado apareceu em 20 de março de 2020. E, desde então, a distribuição espacial dos casos de óbitos por covid-19, no estado do Maranhão, por municípios, apresentou maior incidência em São Luís no período estudado (OLIVEIRA, 2021).

O Maranhão implementou medidas de distanciamento social antes mesmo da confirmação do primeiro caso. E foi também o primeiro estado do Nordeste a decretar o *lockdown* (bloqueio total), por 13 dias, a partir de 5 de maio de 2020. O estado manteve as taxas de isolamento social em patamar próximo do obtido no início da implantação das medidas de distanciamento social, porém apresentou redução acentuada após a suspensão do *lockdown* (KERR, 2020).

O estudo de Keer (2020) que analisou os fatores de risco para o desenvolvimento dos quadros graves da covid-19, mostrou que, apesar da pandemia não ter poupado as regiões mais ricas, ela ocorreu de forma mais acentuada nos estados das regiões mais pobres. Esse mesmo estudo pesquisou sobre a análise comparativa das desigualdades de renda, medidas através do Índice de Gini, nos estados do Nordeste, e mostrou que os estados compartilham níveis semelhantes, sendo um pouco mais acentuadas em Sergipe, Alagoas, Bahia e Ceará (esses dois últimos estados com valores muito semelhantes), e principalmente no Maranhão. Realmente, o estado do Maranhão reúne alguns dos piores indicadores socioeconômicos, apresentando o segundo pior IDH, a renda mensal domiciliar *per capita* mais baixa, os maiores percentuais de população abaixo da linha de pobreza e em pobreza extrema e a maior proporção de pessoas em trabalho informal. Porém, foi o estado que se destacou no combate a essa pandemia, com a criação de novos leitos de UTI, organização de uma rede de atendimentos para os casos confirmados e suspeitos e ficou marcado pelo acelerado avanço na vacinação da população (KERR, 2020).

Atualmente, quase 3 anos após o surgimento da epidemia caracterizada por Síndrome Respiratória Aguda Grave (Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS) em Wuhan, na China, mais de 270 milhões pessoas contraíram a doença que já provocou mais de 5 milhões mortes no mundo (JHU, 2021). No Brasil, já morreram quase 700 mil pessoas e mais 37 milhões de casos já foram notificados, até fevereiro de 2023. Provavelmente devido ao efeito da vacinação o país vem apresentando média móvel de óbitos em queda. No estado do Maranhão 11.051 mortes e 493.058 casos já foram notificados, também com uma queda no número de óbitos de (JHU, 2023) após o início da vacinação.

2.2 Atenção primária como coordenadora do cuidado aos pacientes infectados por COVID-19

O modelo de atenção à saúde vigente no Brasil pode ser caracterizado por um conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de organização

regionalizada e hierarquizada. Sua principal porta de entrada e o primeiro contado do paciente é a APS, também conhecida como Atenção Básica. Esse nível de atenção possui um papel na organização do cuidado em rede pois acolhe e encaminha para os outros serviços, quando necessário. Deve ser ordenadora da rede de atenção, preferencialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010).

A ideia de uma atenção básica começou a partir da Declaração de Alma Ata, que teve como maior contribuição a proposta de atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000”. E atualmente tem ganhado um significativo destaque nas discussões a respeito da organização dos sistemas de saúde, por se esperar que ela possa ofertar maior racionalidade aos sistemas de saúde, e, assim, aumentar a eficiência na distribuição de recursos, e melhorar a reorientação de sistemas de saúde ampliando sua eficácia, qualidade e equidade (ALMEIDA, 2006).

A proposta da APS, apesar de ser interessante e com potencial para mudar a situação de saúde no Brasil, não foi corretamente assimilada, sendo, muitas vezes, compreendida como simples e menos resolutiva (CAMPOS, 2015). E, como consequência a isso, ao invés de a APS ser a “base”, o “fundamento” do sistema de saúde, como foi imaginada inicialmente, passou a ser compreendida como um lugar de menor importância, ou como um “nível de assistência” (MENDES, 2002).

Entretanto, a APS não se resume somente à ação sanitária do tipo minimalista, ou na realização de ações no campo da saúde coletiva; tão pouco à realização exclusiva de ações não-assistenciais, apesar dessas ações serem de grande importância. E, do mesmo jeito, não é uma forma rudimentar de atenção que não acompanha os avanços da ciência (ANDRADE, 2007).

Apesar desses entraves, a APS brasileira vem alcançando resultados positivos, que a coloca em uma posição de destaque em âmbito internacional. Já existem inúmeras evidências que demonstram influência significativa na redução de mortalidade e desigualdades em saúde, resultado da atuação e da aplicação dos princípios da Atenção Primária (MENDONÇA, 2018; DUNLOP, 2020; MENDES, 2010).

Sendo assim, a APS deve ser considerada um importante pilar diante de situações emergenciais (WHO, 2018), como no caso das epidemias de dengue, Zika, febre amarela, Chikungunya e, também agora, da covid-19. Investir naquilo que é a essência da APS, como o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves, é estratégia fundamental tanto para a contenção da pandemia, quanto para o não agravamento do quadro clínico das pessoas com covid-19 (DUNLOP, 2020).

Mendes (2009) afirma que os sistemas fragmentados de atenção à saúde, se organizam de forma que os pontos de atenção são isolados e incomunicáveis uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Por meio da literatura internacional é possível obter evidências, de que o cuidado coordenado pela APS pode melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde, com resultados positivos em várias situações, como no cuidado aos pacientes infectados por covid-19 (DUNLOP, 2020).

A pandemia causada pela covid-2019 tem estimulado estudos e discussões sobre os meios de organização das práticas de saúde, relacionando as áreas acadêmica, política e econômica. Também tem estimulado discussão sobre os conceitos de modelos de atenção que devem ser adotados para cumprir as características que atendam as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como cumprir aquilo que é disposto nas Leis Orgânicas da Saúde n. 8080 e 8142, de 1990 (BRASIL, 2020b).

No contexto da pandemia de covid-19, a APS foi convocada a assumir uma posição estratégica não apenas na vigilância e rastreamento de casos, mas também na organização do cuidado aos pacientes infectados. Com a rápida disseminação do vírus, as unidades básicas de saúde precisaram se adaptar, criando fluxos diferenciados para acolher pessoas sintomáticas, redirecionando atividades presenciais e mantendo o cuidado contínuo de condições crônicas, agora agravadas pela sobrecarga dos serviços e pelo medo generalizado da população (FERRAZ, 2022).

Um dos eixos centrais dessa reorganização foi o processo de vacinação contra a covid-19, que ficou sob a responsabilidade direta da APS. Os profissionais de saúde relataram diversos desafios logísticos e operacionais, como mudanças frequentes nas orientações técnicas, escassez de doses em alguns períodos, acúmulo de funções e dificuldade de acesso da população a informações claras e confiáveis. Apesar disso, as equipes desenvolveram estratégias criativas para garantir a cobertura vacinal, como mutirões, busca ativa de usuários e parcerias com lideranças comunitárias, demonstrando a flexibilidade e capilaridade da APS na resposta a emergências sanitárias (DANTAS FILHO, 2023).

Além da vacinação, a APS precisou reinventar suas formas de cuidado. O cenário pandêmico exigiu rápidas transformações nos processos de trabalho e na gestão do cuidado. As equipes enfrentaram sobrecarga emocional, incertezas clínicas e escassez de recursos, mas também encontraram meios de ressignificar suas práticas. Houve fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários, valorização da escuta qualificada, priorização do acolhimento e adaptação dos atendimentos a partir das necessidades reais dos territórios. Essas estratégias

evidenciam como a APS, mesmo diante de tantas limitações, pode ser um espaço potente de cuidado vivo, construído cotidianamente entre trabalhadores e população (GOMIDES, 2024).

Dessa forma, o enfrentamento da pandemia pela APS extrapolou ações clínicas e técnicas, mobilizando saberes locais, formas de cuidado não convencionais e um esforço coletivo de sustentação do SUS. Os aprendizados desse período demonstram que, para além de seu papel tradicional, a APS pode ser protagonista na coordenação do cuidado mesmo em contextos de instabilidade, desde que adequadamente fortalecida com recursos, reconhecimento e participação social.

No contexto da pandemia, a Atenção Primária à Saúde (APS) em São Luís foi desafiada a lidar não apenas com os casos agudos de infecção pela covid-19, mas também com os efeitos colaterais do isolamento social prolongado, como o agravamento das vulnerabilidades sociais e econômicas, o aumento da violência doméstica, o sofrimento psíquico, o uso abusivo de álcool e o abandono do cuidado de condições crônicas. A imprevisibilidade das consequências sanitárias e sociais exigiu das equipes estratégias de cuidado integradas e continuadas, muitas vezes em condições adversas. Esses desafios se somaram às demandas já presentes no cotidiano dos serviços, exigindo reorganização do trabalho e reconfiguração das práticas de cuidado em um cenário de incertezas, sobrecarga e escassez de recursos (ALTINO, 2020).

Entretanto, para que APS consiga garantir um atendimento que seja seguro e de qualidade é preciso que haja um planejamento baseado em dados, que os serviços sejam reorganizados de acordo com as características da pandemia, destinação de recursos financeiros e definição de ações específicas para o enfrentamento da pandemia (AGAMBEN, 2020).

Além disso, é necessário capacitar os profissionais de saúde para atender com qualidade às demandas dos pacientes, ter uma quantidade suficiente de testes diagnósticos, com o intuito de minimizar a subnotificação e a transmissibilidade do vírus por pessoas assintomáticas. É preciso também a montagem de uma estrutura que responda à solicitação de exames complementares com resultados em tempo oportuno; adequação do espaço físico para acolher os casos suspeitos que cheguem até as UBS, que fazem parte das portas de entrada no sistema de saúde brasileiro (SARTI, 2020).

Durante a pandemia de covid-19, a necessidade de reorganização dos serviços de saúde, incluindo fluxos, protocolos e formas de atendimento, ocorreu em um cenário marcado por incertezas científicas, medo generalizado e resistência ao isolamento físico. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde enfrentou o desafio de manter a coordenação do cuidado, mesmo com limitações estruturais e de pessoal. As Unidades Básicas de Saúde precisaram adaptar-se rapidamente, buscando garantir apoio diagnóstico, cuidado compartilhado e presença de profissionais em número suficiente para responder à demanda crescente. Os Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) desempenharam papel central nesse esforço, atuando nas ações de vigilância em nível comunitário e domiciliar, contribuindo para a aproximação entre os serviços e os territórios (SARTI, 2020).

Além disso, é necessário um número suficiente de profissionais de saúde e ajuste nos processos de trabalho de forma que as opções de acesso ao serviço estejam bem articuladas. Uma dificuldade que se apresentou durante essa pandemia foi a assistência às pessoas em tempo oportuno. Outra coisa foi a produção de informações capazes de retroalimentar o serviço e o sistema diariamente, para que as autoridades de saúde conhecessem a realidade e tomassem medidas para fortalecer o cuidado prestado à população (SARTI, 2020).

A redução das iniquidades em saúde passa, necessariamente, pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Com ampla capilaridade no território nacional e contato direto com populações expostas a riscos acentuados devido às condições de vida, a APS tem potencial para atuar como uma das principais estratégias de resposta do sistema de saúde em contextos de crise, como a pandemia de covid-19. Investir na ampliação da sua capacidade resolutiva e na valorização das equipes é fundamental para combater desigualdades e promover o acesso equitativo à saúde (HONE, 2017). Pandemias como a covid-19 colocam em xeque discursos e práticas de desinvestimento e desvalorização em ciência, tecnologia e ensino, e de debilidade do serviço público do Brasil (MONTEIRO, 2020).

Diante disso, é importante destacar que essa crise não se resume apenas a uma questão sanitária, mas está intimamente relacionada com os campos político, social e econômico, exigindo uma associação de medidas que ultrapassem a imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus. Com a realidade do cotidiano cada vez mais complexo e imprevisível, aparece o desafio de refletir sobre os modelos sociais e sistemas de saúde que se almeja para a proteção da vida, principalmente a dos mais vulneráveis (MONTEIRO, 2020).

Durante a pandemia, evidenciou-se o potencial da Atenção Primária à Saúde (APS) para coordenar o cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nos territórios onde há maior vulnerabilidade social. A reorganização dos fluxos assistenciais, a adequação das estruturas físicas das unidades e a atuação das equipes multidisciplinares demonstraram a capacidade da APS de produzir respostas significativas às múltiplas demandas geradas pela crise sanitária. No entanto, a consolidação desse papel estratégico exige que a APS seja efetivamente priorizada nas políticas públicas de saúde, com financiamento adequado e sustentado. A fragilização orçamentária, agravada por emendas constitucionais que reduzem os recursos destinados ao setor, compromete não apenas o enfrentamento de emergências como a covid-19, mas também o futuro do SUS e o direito à saúde da população brasileira. (DORSEY, 2020).

Singh (2018) analisou catorze revisões sistemáticas e vinte e nove ensaios randomizados e encontrou resultados que mostravam que APS melhora o uso dos recursos, associado com resultados clínicos satisfatórios e minimização dos gastos.

Há evidências de que os sistemas de saúde que eram interligados e possuíam seus diversos níveis integrados, obtinham resultados positivos em vários âmbitos e patologias. Foi observado também que a integração entre gestores e os diversos prestadores de serviços melhorou a cooperação entre eles, deu uma maior atenção à gestão de caso, incentivou a utilização de tecnologia de informação e teve impacto sobre os custos da atenção à saúde (NUÑO, 2008; VAZQUEZ, 2007).

As principais vantagens das APS são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos. A criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas e trazem benefícios econômicos, pois relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (PODOLNY, 2003).

A APS tem sido proposta para administrar projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (FLEURY, 2011). A gestão eficaz da APS implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos (AGRANOFF, 1983).

O trabalho realizado em saúde é o resultado da influência da ciência sobre o processo saúde-doença. E necessariamente precisa ser um trabalho vivo, produzindo um serviço que é consumido no ato de sua produção (MERHY, 2004). A concepção de APS tem influência prática e ativa sobre o fazer em saúde e assim realizando ações que podem modificar as fronteiras institucionais e as práticas da assistência em saúde (GIOVANELLA, 2011).

A consolidação da APS no SUS apresenta fortes desafios. A dimensão territorial do Brasil, sua diversidade social e cultural. A conformação de uma gestão tripartite com entes autônomos (união, estados e municípios) por si já configura um enorme desafio para a gestão. Somam-se a estes fatores a diversidade de entidades administrativas indiretas (fundação estatal de direito privado, autarquias, organização sociais de direito civil), as disputas de poder político partidárias entre municípios vizinhos, gestores sem qualificação adequada, recursos insuficientes e os interesses privados e corporativos que atravessam e comprometem os interesses públicos (MENDES, 2011).

O fortalecimento da APS apresenta-se como pressuposto para a gestão enquanto caminho para que a melhoria da qualidade de vida da população seja alcançada, com políticas de saúde abrangentes que se proponham a romper com o ciclo de produção de doenças e com a fragmentação do atendimento em saúde (GIOVANELLA, 2011).

Sendo assim, a APS é um importante local de contato entre população e sistema de saúde, precisando ser prioritário nos investimentos da gestão no controle pandemia. Pois é a porta de entrada e o primeiro contato dos pacientes. É por meio da APS que os usuários terão acesso a uma assistência contínua e integral. Cabe à APS fornecer atenção para esse problema e agravos de saúde e produzir cuidado longitudinal, por meio de articulação de ações assistenciais e não assistenciais. Além de acompanhar esses pacientes, a atenção básica é responsável pela fiscalização do território e de suas condições sanitárias.

2.3 Processos de trabalho

O modo como é realizado o trabalho, qualquer que seja ele, é chamado de processo de trabalho. Ou seja, é possível afirmar que o trabalho, de forma geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que tenha alguma utilidade (FARIA, 2009).

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele (PEREIRA, 2020).

Em um processo de trabalho, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico. Os objetivos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais (RIBEIRO, 2014).

Todo processo de trabalho é realizado para se atingir alguma(s) finalidade(s) determinada(s) previamente. Pode-se dizer, portanto, que a finalidade rege todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho (FARIA, 2009).

O objetivo do processo de trabalho é a produção de um dado objeto ou condição que determina o produto específico de cada processo de trabalho. Com esse produto, por sua vez, pretende-se responder a alguma necessidade ou expectativa humanas, as quais são determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades (PEREIRA, 2020).

Todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de meios específicos para cada condição particular. Os meios e condições de trabalho se combinam na realização do trabalho, por meio da atividade produtiva. Eles abrangem um espectro muito amplo (FARIA, 2009):

- As ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como máquinas, equipamentos. Instrumentos, edificações e o ambiente, que permitam que o trabalho se realize;
- Os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho;
- As estruturas sociais, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho.

Por isso, é fundamental que os profissionais inseridos na APS e no PSF desenvolvem habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho.

2.3.1 Processo de trabalho em saúde

Segundo Karl Marx (1867), trabalho é ação humana transformadora sobre um objeto, sempre intencional, dirigida por uma finalidade, por uma antevisão do produto potencial. Para colocar em prática é necessário instrumentos que façam a mediação com o objeto do trabalho. Aspectos como objeto, finalidade, instrumentos ou meios, produtos e força de trabalho são elementos essenciais para o entendimento do conceito básico de trabalho e de trabalhos humanos específicos, especialmente como no caso do trabalho voltado para o atendimento de necessidades de saúde.

Sabe-se que, ao longo da história, o processo de trabalho em saúde sofreu grandes transformações, especialmente com o processo de industrialização, a mudança processual e lenta modelo hospitalocêntrico e com a incorporação de inúmeros avanços e das descobertas científicas, que buscam sempre preservar a vida e ver o paciente para além da sua doença (CAMPOS, 1992).

O trabalho institucional em saúde deve ser desenvolvido, hegemonicamente, como um trabalho coletivo. Segundo Pires (2018), “É realizado por diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da

estrutura institucional. O trabalho dos diferentes profissionais (médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros), apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, é parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas”.

Entretanto, é possível observar, e com frequência, que em muitos serviços de saúde não há articulação interdisciplinar, em prol do assistir à saúde do usuário, o que gera fragmentação da assistência, dificultando avanços nesta prática (PIRES, 2018).

O trabalho em saúde envolve múltiplas dimensões — biológica, psicológica, social e cultural — que, articuladas, possibilitam a construção de uma atenção integral, capaz de responder de forma mais ampla às necessidades em saúde por meio de diferentes intervenções profissionais (OLIVEIRA, 2016). O objetivo desse trabalho profissional está diretamente relacionado à forma como essas necessidades são compreendidas, o que demanda a atuação coordenada de diversos profissionais, cujas ações se complementam para alcançar um resultado comum: a assistência em saúde (LEOPARDI, 2011).

Contudo, é importante destacar que a organização do processo de trabalho e o envolvimento dos diversos profissionais de saúde são fundamentais para que se alcance uma assistência de qualidade, buscando a integralidade.

2.3.2 Processos de trabalho no contexto da pandemia da COVID-19

Estudos científicos de alto padrão e bem embasados já esclareceram que medidas farmacológicas não são suficientes para o controle da pandemia (MONTEIRO, 2020; DORSEY, 2020). Sendo, então, necessário distanciamento social para prevenir o colapso dos serviços de saúde. Medidas como restrição de circulação de pessoas, de transporte público, fechamento do comércio e de serviços não essenciais, já se mostraram eficientes para minimizar a transmissibilidade do vírus e adequar a oferta de cuidados em saúde de acordo com a demanda (MONTEIRO, 2020; DORSEY, 2020). Dessa forma, as agendas dos profissionais foram reorganizadas com o intuito de ampliar o acesso à demanda espontânea, levando em conta que esse período também foi marcado pela redução do número de profissionais dos serviços por adoecimento e cumprimento de isolamento domiciliar assim como pelo afastamento de portadores de comorbidades ou de idade acima de 60 anos (BRASIL, 2020b).

Além disso, grupos de apoio foram suspensos, consultas eletivas foram bloqueadas, as consultas programadas foram desmarcadas após contato da equipe de saúde com o usuário e análise da demanda. Somente foram mantidas a rotina de pré-natal e puerpério. Todo o fluxo

de atendimento das equipes foi reorganizado e novas prioridades foram definidas. Toda a equipe estava focada na identificação imediata do indivíduo sintomático respiratório ainda na recepção da UBS. Para isso foi definido local diferenciado para a espera da consulta e prioridade no atendimento. Notas técnicas foram elaboradas pela gestão municipal e estadual do Maranhão, para orientação de fluxos e protocolos de atendimentos e vídeos foram disponibilizados para treinamento quanto ao uso correto dos EPIs (BRASIL, 2020b).

Diante dessas mudanças os gestores perceberam que as potencialidades da APS poderiam ser mais exploradas. E, assim, houve no Brasil inteiro uma movimentação para tentar sistematizar as informações coletadas nos protocolos do Ministério da Saúde, discutir esses dados entre os trabalhadores da assistência e outras secretarias de saúde, por meio de videoconferências realizadas pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Rede Unida sobre o tema, e foram elaboradas Notas Técnicas para sensibilizar os profissionais da APS quanto à importância da abordagem da determinação social da saúde no enfrentamento da pandemia. Muitas equipes foram treinadas por meio da metodologia de matriciamento e dispersão. Os gerentes das unidades foram convidados a estudar e a debater a nota técnica para em seguida capacitarem as ESF, NASF e Saúde Mental (VITÓRIA, 2020).

O manejo clínico do caso suspeito de covid-19 nas UBS envolve a identificação imediata dos usuários com sintomas respiratórios; a tomada de medidas que busquem evitar contágio; a classificação da gravidade da Síndrome Gripal; a assistência aos casos leves; as medidas e orientações quanto ao isolamento domiciliar; a estabilização e o encaminhamento dos casos graves a serviços de urgência, bem como a notificação. A orientação era que as equipes se organizassem para realizar o monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, a criação de pontos de atenção da rede referenciados pela Vigilância Epidemiológica (VE) e também pela central telefônica de atendimento, a telessaúde que ganhou força durante esse período e vem sendo implantada em muitas unidades (SÃO LUÍS, 2020).

Estudos mostram que o uso da telessaúde pode trazer diversos benefícios relacionados com a minimização do tempo de atendimento, redução dos custos de deslocamento de profissionais de saúde e pacientes e aprimorar a qualidade assistencial, pois as pessoas terão acesso a atendimento com especialista, que talvez não teriam de forma presencial (DU TOIT, 2019; CAETANO, 2020).

A pandemia da covid-19 ampliou o escopo e a flexibilidade das tecnologias digitais, adaptando-se às necessidades de saúde em cada contexto social, trazendo soluções inovadoras de prestação de serviços de saúde e abrindo diversas possibilidades de assistência em saúde (CAETANO, 2020).

No caso da pandemia vivenciada neste momento, a telessaúde passa a ser considerada um recurso fundamental, pois diminuir a circulação de indivíduos em estabelecimentos de saúde, consequentemente reduzindo o risco de contaminação de pessoas e a disseminação da doença. O atendimento de forma virtual possibilita a entrada dos serviços de saúde em lugares de difícil acesso ou com estrutura deficitária, como no caso das favelas brasileiras e, além disso, abre vagas de atendimento presencial para os pacientes graves (CAETANO, 2020).

Oportuniza, ainda, garantir atendimento a pacientes de riscos para pandemia de covid-19, como portadores de doenças e comorbidades preexistentes, que podem receber atendimento para tratar da sua condição, sem se expor ao risco de ser infectado (PORTNOY, 2020). Então fica claro que a telessaúde pode ser uma ferramenta de grande potencial para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, em suas múltiplas e diversificadas aplicações no campo da promoção à saúde, assistência e educação (ZHAI, 2020).

Outra estratégia da APS que ganhou força nesse período pandêmico foi a busca ativa de sintomáticos respiratórios no território, com o intuito de identificar e isolar precocemente os casos suspeitos de covid-19. Nesse período a busca ativa também se deu por meios tecnológicos. Os ACS faziam contato por telefone ou aplicativo de mensagens com as famílias de sua microárea buscando identificar a presença dos sinais e sintomas de gripe. Caso fosse identificado algum sintoma gripal o paciente era encaminhado para o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe para atendimento por telefone, e assim a conduta era determinada com base no primeiro atendimento (CAETANO, 2020).

Crianças, idosos, imunossuprimidos, portadores de doenças crônicas não estabilizados ou de risco alto e gestantes foram classificados como pessoas do grupo de risco e monitorados com uma frequência maior. Unidades penitenciárias, Instituições de longa permanência para idosos e casas de acolhimento institucional também foram focos de monitoramento intensivo. Para os casos que o contato remoto não era possível, o ACS realizava a visita domiciliar. Entretanto, é importante destacar que esse tipo de serviço não chegou a todos os habitantes, devido a baixa cobertura das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em São Luís – MA que, na época era de apenas 38,20% da população (SÃO LUÍS, 2020).

O Plano Municipal de Contingência de São Luís para a infecção humana pelo novo Coronavírus (covid-19) registrou que houve necessidade de reorganizar a dinâmica de funcionamento de todos os serviços. As UBS adotaram a dinâmica do uso do fluxo rápido (*Fast Track*), recomendado pelo Ministério da Saúde. Com as mudanças nos processos de trabalho os agendamentos de consultas e atividades coletivas, assim como visitas domiciliares foram suspensas (MARANHÃO, 2020b).

O atendimento das gestantes ficou garantido por meio da demanda espontânea, nas unidades de saúde que se mantiveram de referência para consultas de hipertensos, diabéticos, gestantes, vacinas e urgência odontológica. Todas as unidades da APS se mantiveram em funcionamento para atendimento por demanda espontânea sendo 36 de segunda a sexta-feira e 12 também no sábado de 7 às 12 horas. Somente duas unidades permaneceram sem atendimento por estarem em reforma de sua estrutura física (SÃO LUÍS, 2020).

Nas UBS referência para Síndromes Gripais Leves foi implantado o teleatendimento como meio de monitoramento dos casos. Os pacientes eram monitorados a cada 48 ou 72 horas, de acordo com a gravidade até completarem 14 dias do início dos sintomas. De maneira a facilitar esse monitoramento a Secretaria Municipal de Saúde, de São Luís desenvolveu o Sistema de Informação da Atenção Primária (SISAPS) para registro dos atendimentos, monitoramento e gestão estratégica (SÃO LUÍS, 2020).

2.4 Avaliação em Saúde

Para compreender a diversidade e a riqueza do campo da pesquisa avaliativa qualitativa em saúde, é necessário realizar um breve histórico da institucionalização da avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. A avaliação sistemática das intervenções sociais é, na verdade, uma atividade muito antiga (BROUSSELLE, 2011).

Por volta do século XVIII, na Grã-Bretanha e França se inicia a história moderna da avaliação, durante esse processo, as novas correntes ideológicas e filosóficas que serviram de sustento para o pensamento científico e moderno, e resultou em um aprimoramento dos métodos de pesquisa social (GUBA, 1981).

É evidente que o campo da avaliação vem sofisticando-se desde o seu início histórico, sendo que seu percurso nos últimos cem anos pode ser dividido em quatro gerações (FURTADO, 2001).

A primeira geração é marcada pela mensuração e estaria associada a avaliação do desempenho de escolares. Dois fatores são muito importantes para o desenvolvimento desta primeira geração: o primeiro foi a ascensão das ciências sociais (imbuídas do paradigma das ciências físicas) e o segundo foi o surgimento do gerenciamento científico nas indústrias. No decorrer dos primeiros 30 anos do século XX, os termos "avaliação" e "mensuração" tornaram-se praticamente sinônimos. Nesta geração, o avaliador considerado como um técnico que deveria construir e usar instrumentos que servem para medir, quer sejam resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários, entre outros (FURTADO, 2001).

A segunda geração é caracterizada pela descrição, é durante esse período que nasce a chamada avaliação de programas, surgiu a partir de uma necessidade identificada nos Estados Unidos (EUA) de conhecer como funcionam, na prática, os currículos escolares, ou seja, identificar e descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados e não apenas mensurar resultados, como na primeira geração (FURTADO, 2001).

A terceira geração foi caracterizada pelo julgamento e seu marco inicial foi a partir do final da década de 50. Nessa geração o avaliador continuava a exercer a função de descrever e mensurar agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos (FURTADO, 2001).

Na quarta geração, de acordo com Guba (1989), as certezas e o ideal de verdade subjacentes ao método científico positivista dão lugar às dúvidas. A crítica está voltada para três aspectos importantes, a primeira é que a avaliação é concebida pelos administradores como simples ferramenta a serviço de estratégias políticas, a segunda está relacionada aos julgamentos de valores e a terceira é que a preponderância do método experimental e da abordagem positivista na condução da avaliação leva a privilegiar as medidas quantitativas.

Nessa última geração, a avaliação leva em conta o ponto de vista dos diferentes atores, seus parâmetros e fronteiras não são mais determinados de antemão, mas sim elaborados em um processo evolutivo e interativo, em que participam os diferentes atores e grupos envolvidos: avaliação participativa (GUBA, 1989).

A avaliação contemporânea é a consumação dos esforços e das controvérsias que, durante mais de dois séculos, permitiram conceber abordagens, métodos e técnicas para estimar as intervenções e os programas sociais. Esses esforços e essas controvérsias concorreram para o enriquecimento progressivo do arsenal teórico e metodológico e dos recursos institucionais do campo da avaliação (BROUSSELLE, 2011).

Até 2008 a avaliação em saúde no Brasil apresentava-se, por intermédio de processos primitivos, pouco incorporados às práticas do SUS, quase sempre, marcado por um caráter mais prescritivo e burocrático. Ainda não há uma cultura institucionalização da avaliação, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada. Dificilmente seus achados e contribuições influenciam realmente no processo decisório e na formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública (BRASIL, 2008).

No ano de 1999, um importante debate sobre Institucionalização da Avaliação foi divulgado nos Cadernos de Saúde Pública com base na experiência da avaliação de programas e políticas públicas na França, um dos países pioneiros nesse assunto. Ao determinar a relação cronológica desta implantação com diversas experiências internacionais e ao colocar em

discussão a reflexão sobre os caminhos que podem ser adaptados ou evitados para uma política de avaliação do setor saúde no Brasil, Zulmira Hartz (1999) chama atenção para o questionamento de Pouvourville (1999) quando este interroga sobre a possibilidade de se aprender com as experiências dos outros: “temos que fazer o mesmo caminho, para ficarmos convencidos pela própria experiência do que é certo ou errado, mesmo que alguém já tenha nos contado, ou podemos pular etapas e ir direto aos pontos que parecem corretos?”.

A partir da declaração de Alma-Ata, a OMS começou a estimular a utilização de práticas avaliativas, entretanto o Brasil começou tardiamente a utilizar essas práticas, devido principalmente a dois fatores interdependentes: o primeiro, foram as características do Estado autoritário, vigente no início dos anos 1980, contrário a submeter suas incipientes políticas sociais à avaliação ou a qualquer outro tipo de análise (FURTADO, 2014), e o segundo, é que a sociedade brasileira estava longe de reivindicar responsabilidade e transparência nas políticas públicas de seus programas e serviços (HARTZ, 1999).

Na contracorrente, no início dos 1990, as reformas que ocorriam nesse momento contribuíram para o ingresso da temática da avaliação na agenda sanitária brasileira, as políticas de valorização do planejamento em saúde e as políticas voltadas para a unificação e descentralização do sistema de saúde, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Essa contínua expansão e relativa autonomização do espaço da avaliação em saúde faz emergir questões sobre a sua constituição no interior do setor Saúde no Brasil. E desde então a avaliação em saúde constituiu-se como objeto de interesse em vários momentos históricos da Saúde Pública brasileira (PAIM, 2005).

Nos últimos anos, diversas pesquisas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil. Pesquisas que vão desde pesquisas acadêmicas, voltadas para a avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com o objetivo de subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados (PAIM, 2005). Alguns autores defendem o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional (STEVENSON, 2002).

Avaliar é uma ação humana comum e que, por vezes, pode estar relacionada com intuição e a opinião. Segundo Robert (1967), o verbete “avaliar” significa emitir um julgamento sobre o valor, o preço. Avaliar é um exercício sistemático que necessita de uma expertise do avaliador e pertence ao campo da pesquisa (BROUSSELLE, 2011).

A pesquisa avaliativa objetiva medir os efeitos de uma intervenção, entender como foram obtidos e julgá-los (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Furtado (2014) considera que o

julgamento de valor associado inevitavelmente à avaliação é um avanço, pois afirma que este componente é importante e inevitável no processo avaliativo. O julgamento se dará, na verdade, a partir da confrontação entre o objeto da avaliação e um referencial que poderá ser os objetivos iniciais do projeto, as normas profissionais, o desempenho de um programa similar ou outros referenciais não explicitados por diferentes motivos. De qualquer forma, as normas e critérios a serem utilizados para conferir um julgamento ao final da avaliação serão influenciados pelos grupos que o definem, sejam usuários, profissionais ou gerentes (LEVASSEUR, 2012).

A avaliação por si só não se traduz automaticamente em uma decisão, porém, espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões. Atualmente, a necessidade da concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde parece ainda mais importante do que há dez anos (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Partindo de ideia que avaliar é emitir um juízo de valor, é importante destacar que os valores e julgamentos expressam a história, a visão de mundo, a subjetividade dos avaliadores e avaliados frente à objetividade da realidade vivida. A subjetividade e as relações de saber-poder são parte integrante do objeto da pesquisa avaliativa (FURTADO, 2001). Destacam-se, mais recentemente, as dimensões não mensuráveis que compõem os processos de trabalho em saúde, como a subjetividade dos diferentes atores (SANTOS-FILHO, 2007; ONOCKO CAMPOS, 2010).

Dentro dos tipos de pesquisa avaliativa, existe um que inclua os trabalhadores na produção da avaliação, considerando seus potenciais de apoio à intervenção na realidade, recompondo ou reorganizando conhecimentos, técnicas e instrumentos de maneira objetiva e operacional, esse tipo é denominado Pesquisa Avaliativa Participativa. A avaliação se faz na perspectiva de avaliação de processo e inclui os diferentes atores reposicionando-os da condição de avaliados para também avaliadores (PASSOS, 2008).

Pesquisas apontam que, em programas ou serviços onde há participação ativa dos trabalhadores ou beneficiários no processo de avaliação, há maior probabilidade de que os resultados da pesquisa sejam efetivamente utilizados (PATTON, 1997). Essa participação também promove o engajamento, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos (FEUERSTEIN, 1990), além de considerar os diferentes interesses, demandas e perspectivas presentes no contexto avaliado (GUBA, 1989). Ademais, permite revelar aprendizagens sutis e não verbalizadas do cotidiano (LEHOUX, 1995) e favorece espaços de negociação e trocas simbólicas entre os participantes (FURTADO, 2001; FURTADO, 2008).

Essa participação, mais especificamente na avaliação participativa, é entendida como um processo realizado por meio de parcerias entre avaliadores e pessoas afetadas e/ou

envolvidas por um determinado programa ou serviço e que não são avaliadores senso estrito, como profissionais do serviço, usuários, familiares, gestores, entre outros (RIDDE, 2006).

A inclusão destes atores na pesquisa pode ser justificada pela potencialidade em tornar as investigações mais significativas e culturalmente apropriadas aos diferentes grupos de interesse, principalmente quando se aborda problemas sociais que por sua natureza e complexidade exigem soluções coletivas (FURTADO, 2008).

Segundo Ventura (2016), poder, democracia e mudança social, são as bases de sustentação do que é considerado como pesquisa avaliativa participativa de programas e serviços em saúde, educação e outras instâncias no âmbito social, principalmente quando o compromisso da pesquisa avaliativa é com a tomada de decisão e mudança.

Existem três tipos possíveis de avaliação participativa, a primeira é a avaliação participativa do tipo pragmática, voltada essencialmente para a solução de problemas particulares ou para a realização de melhorias em um dado programa. O outro tipo é a avaliação participativa pluralista, especialmente utilizada quando o avaliador antevê a existência de importantes conflitos de valores entre diferentes grupos de interesse. E, finalmente, a avaliação participativa emancipadora teria como cerne o empoderamento, o desenvolvimento dos participantes não avaliadores, dotando-os de capacidade – tanto na forma quanto do conteúdo do estudo desenvolvido – e aumentando sua capacidade de intervenção na realidade cotidiana (FURTADO, 2008).

A pesquisa avaliativa participativa mantém seus métodos e objetivos nucleares (analisar e emitir julgamento) e acrescenta atores externos à equipe e aos gestores do programa ou serviço, através da inclusão de diferentes grupos de interesse, estabelecendo uma rede de compromissos e um certo controle sobre a efetivação de alterações definidas durante o processo. A metodologia constituída em torno do princípio ético da inclusão e da participação possibilita a colocação em análise das relações de poder existentes entre os diferentes atores envolvidos na pesquisa: gestores, trabalhadores, familiares, usuários e pesquisadores, o modo como disputam e utilizam os recursos disponíveis e como mobilizam novos recursos (FURTADO, 2001).

Diante da necessidade de aumentar a eficácia e a eficiência de políticas de saúde (ou programas e serviços de saúde), tem ocorrido um aumento da incorporação de modelos de avaliação como componente dos processos de gestão que permitam que a avaliação ocorra durante (e articulada) aos processos de implantação de ações (SOUZA, 2014).

Avaliação de processo ou de implementação consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante a implementação. Tem por objetivo apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças, ou seja, compreender o

desenrolar de uma intervenção (BROUSSELLE, 2011). O foco é avaliar a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingencial (HARTZ, 2005).

Em vez de adotar o modelo “caixa-preta”, no qual a ênfase encontra-se na avaliação de resultados, os modelos de avaliação de processo (ou de implantação de ações) não dissociam o resultado do processo de produção (SOUZA, 2014).

Segundo Scheirer (1994), a avaliação de processo responde a três perguntas principais: Que tipo de conformação deve ter o programa? (especificar os métodos e os componentes); O que é fornecido, afinal de contas? (métodos para medir a implantação do programa); Por que há diferença entre o programa inicial e aquele que é realmente implantado? (avaliação da influência das variações de implantação). A atual pesquisa busca responder as duas primeiras questões.

É pertinente efetuar uma análise processual quando uma nova intervenção é implementada, a análise da implantação permitirá identificar melhor a dinâmica de implantação e identificar os fatores explicativos críticos (BROUSSELLE, 2011).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar os efeitos de pandemia da covid-19 nas experiências de trabalhadores de serviços de Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos específicos:

- Analisar a perspectiva de profissionais da saúde sobre os desafios laborais (profissional e doméstico) enfrentados durante a pandemia, a partir de um recorte interseccional.
- Examinar, os desafios e o papel da APS na vacinação contra a covid-19 e a aceitação da vacina pelos profissionais e pelos usuários.
- Compreender as vivências de profissionais da APS na reorganização do trabalho durante a pandemia de covid-19, destacando os desafios, estratégias e implicações micropolíticas desse processo.

4. MÉTODOS

Este estudo está vinculado à pesquisa multicêntrica intitulada “A pandemia da covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS”, que tem como objetivo geral analisar os impactos da pandemia pelo SARS-CoV-2 sobre diversos eixos do Sistema Único de Saúde (SUS), com abordagens quantitativas e qualitativas. A pesquisa maior contempla aspectos relacionados à atenção à gestante, puérpera e ao recém-nascido, à saúde bucal, à gestão hospitalar e à atuação dos profissionais e gestores de saúde em diferentes níveis de atenção. Com uma abrangência nacional, o projeto utiliza múltiplas fontes de dados e metodologias, entre elas a análise documental, o uso de sistemas de informação em saúde e a aplicação de entrevistas semiestruturadas.

A presente investigação compõe o recorte qualitativo da pesquisa maior e tem como foco a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia. O recorte específico adotado neste estudo foi elaborado a partir das entrevistas realizadas com profissionais da APS que atuam em Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís (MA), selecionadas como campo empírico do projeto. Foram utilizados os dados produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas com profissionais de diferentes categorias da equipe de saúde, com foco em suas percepções sobre as mudanças nos processos de trabalho, os desafios enfrentados no contexto da vacinação contra a covid-19, e as especificidades vividas pelos profissionais. A escolha desse recorte se justifica pela relevância de compreender a APS como coordenadora do cuidado no enfrentamento da pandemia, com atenção às interseccionalidades de gênero, classe e organização do trabalho, aspectos ainda pouco explorados na literatura científica.

Assim, este estudo se insere na proposta metodológica e analítica do projeto principal, utilizando a mesma base de dados empíricos e integrando-se ao conjunto de análises que buscam compreender, de forma abrangente, os efeitos da pandemia sobre a gestão e assistência no SUS. A delimitação aqui proposta contribui com um olhar aprofundado sobre a realidade dos profissionais da APS e oferece subsídios para o fortalecimento da atenção primária em cenários de crise sanitária.

4.1 Tipo de Estudo

Estudo com abordagem qualitativa, exploratória, descritiva e analítica, que incorpora a dimensão do significado e da intencionalidade como elementos inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, para a compreensão das experiências de trabalho dos profissionais da APS durante a pandemia de covid-19.

4.2 Campo e Período de Estudo

O estudo foi realizado no período de setembro a novembro de 2022, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) sediadas em São Luís, no Maranhão, cidade dividida em nove distritos sanitários. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é aproximadamente de 60%, com cerca de 200 equipes. Com uma população estimada de 1.115.932 habitantes em 2023, possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,768 e Índice de Gini de 0,536, indicando considerável desigualdade de renda.

As unidades foram selecionadas de forma intencional, a partir do critério de diversidade de cenário: localização em diferentes distritos sanitários; ser referência (ou não) para atenção às síndromes gripais; ter uma ou mais equipe de saúde da família; localização em zona rural e urbana; contar (ou não) com equipe de saúde bucal; ter obtido diferentes resultados na avaliação externa do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); ter implantado (ou não) o programa Saúde na Hora. Como mostra o quadro abaixo (Quadro 1):

Quadro 1: UBS selecionadas para fazer parte do estudo.

Unidade	Distrito	Nº de equipes	Foi referência p/ SG	Nota no 3º ciclo do PMAQ	Rural ou urbana	Com equipe de SB	Saúde na Hora	Programa Mais Médicos
UBS 1	Bequimão	6	Não	Regular	Urbana	Sim (1 equipe)	Sim	Sim
UBS 2	Coahb	2	Não	Não possui nota	Urbana	Sim (1 equipe)	Não	Não
UBS 3	Cidade Operária	3	Não	Não possui nota	Urbana	Sim (1 equipe)	Não	Sim
UBS 4	Vila Esperança	4	Sim	Não possui nota	Rural	Sim (1 equipe)	Sim	Sim
UBS 5	São Francisco	4	Sim	Regular	Rural	Sim (1 equipe)	Sim	Sim
UBS 6	Vila Esperança	2	Sim	Bom	Rural	Sim (1 equipe)	Não	Sim

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão (SEMUS-MA), São Luís, agosto de 2023.

4.3 Participantes do Estudo

Os gestores foram contatados para agendamento da visita e apresentação dos critérios de seleção dos participantes da pesquisa. Desse modo, todas as categorias de nível superior, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), preferencialmente os que estavam em atividade durante a pandemia. Os ACS foram indicados pelo gestor, dois ou três por unidade. Não foram incluídos na pesquisa aqueles que exerciam cargo de chefia, direção e/ou gestão.

O total da amostra foi de 42 profissionais. Destes, 39 eram mulheres. A mediana da idade dos participantes foi de 44,5 anos. Destes, 32 coabitavam com companheiro, 8 solteiros e 2 divorciados. Ter cor da pele parda foi autodeclarada por 22 participantes, preta (7) e branca (13), sendo esta a mais referida pelos médicos e preta/parda pelos ACS e demais categorias. Vinte e um profissionais eram ACS, 11 enfermeiros, 7 médicos, 2 técnicos de enfermagem, 1 cirurgião-dentista e 1 farmacêutico. A mediana do tempo de atuação na UBS foi de 13 anos e a categoria profissional que atuava há mais tempo era ACS

4.4 Critérios de Não Inclusão

Não foram incluídos na pesquisa aqueles profissionais que estiveram afastados do trabalho durante a pandemia. E também aqueles que foram admitidos na APS após a pandemia, já que o objetivo é identificar as mudanças no processo de trabalho na APS.

4.5 Técnica de Coleta

A coleta de dados se deu em um único momento em cada UBS. E foi realizada pela técnica de Grupo Focal (GF), na qual o pesquisador exerce papel de moderador/facilitador e fica incumbido de criar um ambiente favorável à discussão, de modo que propicie aos participantes a exposição de suas percepções e pontos de vista (PATTON, 1990). Todos os GF foram presenciais.

Para Sehnem (2015), a realização de grupos focais permite a interação grupal para a obtenção de informações, considerando que as discussões possibilitam aos participantes a troca de opiniões, atitudes e experiências, configurando-se como um importante método para analisar assuntos pouco debatidos, a partir de um diálogo construído coletivamente e mediado pelo

pesquisador. Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados um questionário de caracterização sociodemográfica (APÊNDICE A) e um roteiro de grupo focal (APÊNDICE B), estruturado com tópicos estratégicos que possibilitaram a captura das percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre aspectos relacionados às transformações nos processos de trabalho, às interseccionalidades de gênero e classe, aos desafios enfrentados na vacinação contra a covid-19 e às estratégias adotadas pela Estratégia de Saúde da Família.

Os Grupos Focais (GF) ocorreram de forma presencial em um único momento em cada uma das seis UBS, em sala reservada pela direção da unidade e em dias e horários pactuados. Aos profissionais foi oferecida a possibilidade de não participar, sem qualquer prejuízo.

A equipe de pesquisa foi constituída por seis integrantes, sendo estes: três docentes da área da Saúde Coletiva (médica, cirurgiã-dentista e cientista social), das quais, duas possuíam experiência em pesquisa qualitativa e alternaram a coordenação do GF, enquanto a terceira contribuía nas observações da linguagem não verbal dos participantes; e três alunos de pós-graduação que se revezavam nas atividades de registro do início das falas, para auxiliar a transcrição e observação.

No início de cada GF, havia uma apresentação da pesquisa e da equipe para os participantes. A seguir, os instrumentos de pesquisa eram apresentados, a saber: questionário de perfil sociodemográfico e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista coletiva seguiu um roteiro que visava capturar a percepção dos profissionais sobre o seu cotidiano de trabalho e da vida doméstica, no período pandêmico e pós-vacina.

Os participantes foram informados de que a participação era voluntária. Houve recusa de um ACS. Os GF foram gravados, transcritos e codificados por uma única pesquisadora.

Para limitação do número de grupos focais foi aplicada a técnica de saturação de Minayo (2017) que, segundo a autora, o número adequado de sujeitos é aquele capaz de refletir a totalidade das dimensões do problema.

O fechamento amostral por saturação de conteúdo é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Em outras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados. Esta conotação/definição já vinha presente no texto que parece ter inaugurado o uso da expressão saturação teórica (*theoretical saturation*) (FONTANELLA et al., 2008).

Na pesquisa qualitativa, a finalidade da pesquisa e a necessidade de informações é que definem o tamanho da amostra, com uma preocupação maior no aprofundamento e na abrangência da compreensão, do que a generalização e o critério numérico (TURATO, 2003).

A equipe de pesquisa foi constituída por seis integrantes, sendo estes: três docentes da área da Saúde Coletiva (médica, cirurgiã-dentista e cientista social), das quais, duas possuíam experiência em pesquisa qualitativa e alternaram a coordenação do GF, enquanto a terceira contribuía nas observações da linguagem não verbal dos participantes; e três alunos de pós-graduação que se revezavam nas atividades de registro do início das falas, para auxiliar a transcrição e observação.

4.6 Análise dos Dados

Para a análise foi utilizada a técnica de Bardin (2011) de análise do conteúdo na modalidade temática. A mesma foi construída através de 3 etapas:

1) Pré-análise: objetivou organizar o material investigado de forma a sistematizar as ideias iniciais através da leitura dos dados, corroborando para a condução eficaz das operações que sucedem a análise.

2) Exploração do material: foi realizado a exploração do material através de codificações, considerando os recortes feitos do material nas unidades de registro. Além de definir regras de contagem, classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas.

3) Interpretação: captou todo o conteúdo manifestado pelos entrevistados. Realizando uma análise comparativa por meio de justaposição nas categorias existentes, considerando os aspectos que se assemelham e os que foram classificados com discordantes.

As falas coletadas foram gravadas, transcritas e tomadas como narrativas. Totalizando 11 horas e 25 minutos de gravação e 192 páginas de transcrição. Essas deram visibilidade à experiência dos sujeitos pesquisados e também trazem a dimensão da experiência do que se viveu no desenrolar da pesquisa, pois traz em seu texto também o trabalho de construção feito pelos pesquisadores.

Foi adotado a postura ético-política é a de não transformar as vozes em objetos, mas sim conversar com elas, de modo que a análise não se faz sobre as experiências, mas com elas (CAMPOS, 2011; PASSOS, 2012).

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sobre parecer de número 4.234.296 e CAAE 35645120.9.0000.5086, de 25/08/2020.

Antes do início da entrevista, os participantes foram informados a respeito do que pretendia o entrevistador e porque estava fazendo essa entrevista, com o intuito de deixar o participante absolutamente livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão. Foi explicado o objetivo e a natureza do trabalho, dizendo ao entrevistado como foi escolhido. O anonimato do entrevistado e o sigilo das respostas foi assegurado. E esse estava livre para interromper, pedir esclarecimentos e criticar o tipo de pergunta. Foi solicitada autorização para gravar a entrevista e explicado o motivo da gravação.

Somente os profissionais e usuários que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C) foram entrevistados. Os pesquisadores se comprometem em cumprir as exigências da Resolução nº 466/2012. É também compromisso do pesquisador garantir o retorno dos resultados da pesquisa a todos os participantes e a divulgação dos mesmos para o público interessado em geral.

5. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa qualitativa estão organizados em três eixos analíticos, apresentados sob a forma de artigos científicos que compõem os capítulos seguintes desta tese. Cada artigo resulta da análise temática do material empírico produzido por meio de grupos focais com profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) atuantes durante a pandemia da covid-19.

O primeiro artigo aborda as interseccionalidades que atravessam o cotidiano dos profissionais da APS, destacando as relações entre trabalho, gênero e classe no contexto pandêmico. O segundo artigo analisa os desafios e percepções dos trabalhadores envolvidos diretamente no processo de vacinação contra a covid-19, evidenciando tensões, estratégias e limites enfrentados no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. Já o terceiro artigo da tese, evidencia as formas como os profissionais da APS, mesmo diante de condições adversas, reinventaram suas práticas para garantir o cuidado contínuo nos territórios. Juntos, os artigos oferecem uma visão aprofundada e multifacetada sobre os impactos da pandemia nos processos de trabalho na APS, contribuindo para o fortalecimento da atenção primária em situações de crise sanitária.

5.1 Artigo 1

INTERSECCIONALIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: trabalho, gênero e classe

(Submetido à revista: Interface – Comunicação, Saúde e Educação)

INTERSECCIONALIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: trabalho, gênero e classe

INTERSECTIONALITIES IN PRIMARY HEALTH CARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC: work, gender, and class

INTERSECCIONALIDADES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: trabajo, género y clase

RESUMO

O estudo analisou os desafios laborais (profissional e doméstico) enfrentados por profissionais da Atenção Primária à Saúde durante a covid-19, utilizando abordagem interseccional. Foram realizados seis grupos focais com 42 profissionais, resultando em duas categorias empíricas. "Se vira nos 30 na UBS", revelou a sobrecarga de trabalho especialmente para mulheres. As hierarquias profissionais modificaram as experiências de trabalho. As médicas mantiveram suas funções exclusivas, enquanto enfermeiras e agentes comunitárias assumiram também funções operacionais. "Malabarismo na segunda jornada", destacou o aumento das responsabilidades domésticas para todas as mulheres, independentemente da profissão ou condição de classe. As articulações entre classe social e gênero mostraram que, no espaço profissional, as diferenças de classe se traduziram em hierarquia; no doméstico produziu desigualdades na distribuição do cuidado. A crise social e sanitária global não alterou a naturalização de opressões nas relações de gênero e classe.

Palavras-chave: Gênero. Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Trabalho.

ABSTRACT

The study analyzed the labor challenges (both professional and domestic) faced by Primary Health Care professionals during covid-19, using an intersectional approach. Six focus groups were conducted with 42 professionals, resulting in two empirical categories. "Do it all at once at the health unit" revealed work overload, especially for women. Professional hierarchies shaped work experiences. Female doctors maintained their exclusive roles, while nurses and community health workers also took on operational tasks. "Juggling the second shift" highlighted the increase in domestic responsibilities for all women, regardless of profession or

social class. The intersections of social class and gender showed that in the professional sphere, class differences translated into hierarchy; in the domestic sphere, they produced inequalities in the distribution of care. The global social and health crisis did not alter the naturalization of oppression in gender and class relations.

Keywords: Gender; Primary Health Care; Covid-19; Work.

RESUMEN

El estudio analizó los desafíos laborales, profesionales y domésticos, enfrentados por trabajadoras de la Atención Primaria de Salud durante la pandemia de covid-19, desde un enfoque interseccional. Se realizaron seis grupos focales con 42 participantes, generando dos categorías. "Haz de todo en la unidad de salud" evidenció sobrecarga laboral, especialmente entre mujeres. Las jerarquías profesionales influyeron en las experiencias: médicas mantuvieron funciones exclusivas, mientras enfermeras y agentes comunitarias asumieron tareas operativas. "Malabarismo en la segunda jornada" destacó el aumento de responsabilidades domésticas para todas las mujeres, sin distinción de clase o profesión. La intersección entre género y clase reveló que, en el trabajo, hay jerarquías; en el hogar, desigualdad en el cuidado. La crisis sanitaria y social no transformó la naturalización de las opresiones de género y clase que estructuran la vida de estas profesionales.

Palavras chave: Género; Atención Primaria de Salud. Covid-19. Trabajo.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX ocorreram mudanças nas posições relativas de homens e mulheres, em suas vivências e na compreensão dos papéis de gênero. A ruptura com visões calcadas em base essencialista e biológica, acerca da identidade das mulheres e sua análise a partir de uma perspectiva relacional, possibilitou o entendimento do gênero como uma categoria de análise das relações de poder nas sociedades contemporâneas¹⁻³.

O estudo das posições de gênero, em suas conexões com as identidades e opressões, possibilitou evidenciar tensões entre mudanças e permanências de padrões hierárquicos que implicam em desvantagens na posição relativa de mulheres tanto na esfera pública quanto na esfera privada^{1, 4}.

Nos debates teóricos e no ativismo político, a categoria gênero sofreu críticas por parte de feministas negras e socialistas em relação à suposta universalidade da identidade de mulheres. Esta perspectiva obscurece uma pluralidade de experiências de gênero baseadas em diferentes pertencimentos sociais, de classe, étnicos e raciais^{1, 4}.

Diante de propostas mais complexas que buscaram compreender experiências e necessidades das mulheres em suas diferenças, a partir dos sistemas de desigualdades construídos em torno da classe social, etnia, sexualidade, geração, entre outros, o modelo binário masculino-feminino passou a ser questionado e problematizado sob perspectivas atuais^{1,}

Ferramentas analíticas denominadas interseccionalidades consistem em propostas para problematizar desigualdades situadas em contextos específicos. Segundo Piscitelli³ (2008), diversas análises variam entre si, a partir de conceitos de poder e agência dos sujeitos, entendidas como capacidade de agir sob a influência social e cultural. Crenshaw⁵ (2002) propõe que gênero, classe e raça operam como sistemas de dominação e opressão que, articuladas entre si, determinam identidades construídas por meio os efeitos da subordinação social. Outras abordagens destacam aspectos dinâmicos e relacionais da identidade social.

Brah⁶ (2006) propõe analisar a diferença, e não o gênero, como categoria analítica. Para ela, construções discursivas em torno da diferença e das distribuições de poder incidem no posicionamento desigual dos sujeitos no âmbito global. Nessa perspectiva, a diferença remete tanto à desigualdade, opressão e hierarquia, quanto à diversidade e formas democráticas de ação política.

Nesse contexto, a pandemia de covid-19 provocou transformações intensas e abruptas em todas as dimensões da vida social e em escala global⁷. No âmbito da saúde, a imposição de novos riscos, a insegurança, acentuação sensível do medo, entre outros fatores, modificaram sobremaneira os modos de gestão da assistência à saúde, o que incluiu setores da atenção básica até as políticas públicas, e as formas de cuidados cotidianos e domésticos⁸.

Na crise sanitária, além das mudanças, contradições sociais se tornaram ainda mais agudizadas^{1, 7}. A naturalização da sobrecarga de trabalho enfrentada pelas mulheres, assim como a falta de cuidados que elas receberam, evidenciaram uma lacuna na investigação sobre como as intersecções entre gênero, raça e classe social afetaram trabalhadores da saúde.

O objetivo desse estudo é analisar a perspectiva de profissionais da saúde sobre os desafios laborais (profissional e doméstico) enfrentados durante a pandemia, a partir de um recorte interseccional.

MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa, exploratória, descritiva e analítica, que incorpora a dimensão do significado e da intencionalidade como elementos inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, para a compreensão das experiências de trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia de covid-19⁹.

O estudo foi realizado no período de setembro a novembro de 2022, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) sediadas em São Luís, no Maranhão, cidade dividida em nove distritos sanitários. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é aproximadamente de 60%, com cerca de 200 equipes. Com uma população estimada de 1.115.932 habitantes em 2023, possui

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,768 e Índice de Gini de 0,536, indicando considerável desigualdade de renda.

As unidades foram selecionadas de forma intencional, a partir do critério de diversidade de cenário: localização em diferentes distritos sanitários; ser referência (ou não) para atenção às síndromes gripais; ter uma ou mais equipe de saúde da família; localização em zona rural e urbana; contar (ou não) com equipe de saúde bucal; ter obtido diferentes resultados na avaliação externa do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁹; ter implantado (ou não) o programa Saúde na Hora.

Os gestores foram contatados para agendamento da visita e apresentação dos critérios de seleção dos participantes da pesquisa. Desse modo, todas as categorias de nível superior, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), preferencialmente os que estavam em atividade durante a pandemia. Os ACS foram indicados pelo gestor, dois ou três por unidade. Não foram incluídos na pesquisa aqueles que exerciam cargo de chefia, direção e/ou gestão.

Os Grupos Focais (GF) presenciais ocorreram em um único momento em cada uma das seis UBS, em sala reservada pela direção da unidade e em dias e horários pactuados. Aos profissionais foi oferecida a possibilidade de não participar, sem qualquer prejuízo. O total da amostra foi de 42 profissionais.

A equipe de pesquisa foi constituída por seis integrantes, sendo estes: três docentes da área da Saúde Coletiva (médica, cirurgiã-dentista e cientista social), das quais, duas possuíam experiência em pesquisa qualitativa e alternaram a coordenação do GF, enquanto a terceira contribuía nas observações da linguagem não verbal dos participantes; e três alunos de pós-graduação que se revezavam nas atividades de registro do início das falas, para auxiliar a transcrição e observação.

No início de cada GF, havia uma apresentação da pesquisa e da equipe para os participantes. A seguir, os instrumentos de pesquisa eram apresentados, a saber: questionário de perfil sociodemográfico e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista coletiva seguiu um roteiro que visava capturar a percepção dos profissionais sobre o seu cotidiano de trabalho e da vida doméstica, no período pandêmico e pós-vacina.

Os participantes foram informados de que a participação era voluntária. Houve recusa de um ACS. Em média, cada GF durou 2 horas, totalizando 11 horas e 25 minutos de gravação e 192 páginas de transcrição. Os GF foram gravados, transcritos e codificados por uma única pesquisadora. Para a análise de dados foi utilizada a técnica de Bardin¹⁰ de análise do conteúdo na modalidade temática.

Do ponto de vista teórico, a pandemia possibilitou reflexões em torno das articulações entre gênero, cuidado e trabalho em situação de crise. No âmbito da assistência à saúde, o reconhecimento do trabalho estava mais direcionado à atenção hospitalar, especializada, em detrimento à atenção primária. Nessa perspectiva, algumas questões emergiram, de modo a guiar a análise das narrativas, a saber: na vida doméstica, as ambivalências quanto ao valor do trabalho, as formas de cuidado, assim como as atribuições de responsabilidade representaram mudanças ou persistências de papéis de gênero, situados em torno da divisão sexual do trabalho? As diferenças entre homens e mulheres ampliaram ou diminuíram desigualdades? As hierarquias de gênero contribuem para moldar padrões afetivos, ocupacionais e outros? Como a abordagem interseccional possibilita articular eixos de opressão, mas também de compromisso, negociação e sofrimento?^{1,3 e 4}.

Esse estudo trata-se de um recorte do projeto “A pandemia da covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do NN, CAAE NN, sob parecer de número NN, de 25/08/2020.

A fim de garantir o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por iniciais de sua categoria profissional (M-médico; E-enfermeira; A-ACS; T-técnico de enfermagem; C-cirurgião-dentista; F-farmacêutico); o número referente à sua posição no GF, seguido do número da UBS. Os entrevistados assinaram o TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 42 profissionais que participaram dos GF, 39 eram mulheres. A mediana da idade dos participantes foi de 44,5 anos. Destes, 32 residiam com companheiro, 8 solteiros e 2 divorciados. Dos participantes, 22 se autodeclararam de cor parda, 7 de cor preta e 13 de cor branca. Vinte e um profissionais eram ACS, 11 enfermeiros, 7 médicos, 2 técnicos de enfermagem, 1 cirurgião-dentista e 1 farmacêutico. A mediana do tempo de atuação na UBS foi de 13 anos e a categoria profissional que atuava há mais tempo foi a ACS (Tabela 1).

[TABELA 1]

A análise dos GF permitiu compreender as vivências e a relação entre o trabalho e a vida doméstica de profissionais que viveram de perto os momentos críticos da pandemia. A partir dos relatos, identificaram-se 2 categorias: “Se vira nos 30 na UBS” – jargão utilizado em programa de televisão como sinônimo da capacidade de se ajustar às novas circunstâncias de modo rápido, criativo e sem muitos recursos – aborda as mudanças ocorridas nas UBS e os desafios da sobrecarga de trabalho, da falta de equipamento, do cumprimento do dever profissional, do medo de se infectarem e disseminarem a doença e do sofrimento pela perda de colegas; e “Malabarismo na segunda jornada”, evidencia o aumento do tempo de trabalho

somado aos cuidados da casa e da família (sem rede de apoio e escola dos filhos), além da insegurança ocasionada pelo risco de levar o vírus para os familiares e o preconceito que sofriam.

Se vira nos 30 na UBS

Essa categoria destaca como o ritmo acelerado da pandemia, o adoecimento em massa, a alta demanda nas UBS, o estresse, a incerteza e o medo impactaram os profissionais de saúde. As mudanças, no entanto, foram descritas de maneira distinta por profissionais de categorias diferentes.

Somente narrativas de mulheres conformaram esta categoria empírica. As desigualdades relatadas estão relacionadas à articulação entre categoria profissional e cor de pele. As categorias de nível superior têm menos pessoas de cor de pele preta/parda.

A sobrecarga de trabalho estava associada ao desempenho de múltiplas funções, além das responsabilidades habituais. Devido à falta de pessoal, outras funções foram acumuladas pelas enfermeiras, como auxiliar de limpeza, copeira e recepcionista.

“Na minha opinião, houve sobrecarga. Eu fui até auxiliar de limpeza, fiz de tudo, fui copeira, eu fui tudo. Eu e as poucas que sobraram. Então, a gente se desdobrava em outros setores. Teve uma época que eu tava na medicação, recepção e tava no controle do banheiro porque eu tinha a chave e não podia deixar ele sujo.” (E-3-1)

Na visão da participante médica, a Administração Pública utilizou-se de suspensão de direitos trabalhista para impor aos profissionais uma ininterrupta atuação, utilizando-se dessa manobra para gerir os recursos humanos durante a crise sanitária.

“Não foi dito aqui, mas fomos proibidas de tirar férias e licença, quem já tinha tirado, já tinha autorizado, teve que voltar. Nós ficamos um ano ou dois sem poder tirar férias.” (M-3-2)

Compreender a sobrecarga sob uma compreensão multifacetada, possibilita incorporar diferentes percepções acerca das condições de trabalho, seja pelas restrições de direito, seja pela exigência de assumir funções diversas naquele momento excepcional.

Essa situação evidencia como a intersecção de gênero e categoria profissional resultou em desigualdades específicas: na organização hierárquica do trabalho na saúde, enfermeiras e ACS enfrentaram desafios relacionados ao seu status profissional e condições de trabalho, além da sobrecarga com tarefas extras^{11, 12}.

Assim, a interseccionalidade mostra que não é apenas o fato de serem mulheres que determina essa sobrecarga, mas também sua posição dentro das instituições, revelando a complexidade das desigualdades de gênero no ambiente do trabalho¹³.

Durante a pandemia de covid-19, determinadas categorias profissionais da área da saúde foram mais impactadas do que outras. Os ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE) enfrentaram maior dificuldades no acesso a recursos de proteção e insumos de suporte ao trabalho, acentuando o sentimento de medo e insegurança no desempenho de suas atividades laborais^{14, 15}.

Paralelamente a isso, profissionais da enfermagem experimentaram jornadas extensas, alta exposição a riscos biológicos e intensificação dos processos de adoecimento físico e mental, em patamares superiores aos observados em outras categorias da rede de saúde¹⁶.

As condições de trabalho eram vistas como precárias. Havia falta de equipamentos de proteção individual, o ritmo de trabalho era intenso, devido a grande demanda, e o aumento das horas trabalhadas provocaram enorme desgaste físico e potencializaram o risco de adoecimento.

“Eu chegava 07:00 da manhã e não tinha hora para sair e pela grande demanda, muitos profissionais acabaram adoecendo.” (E-1-3)

“Eram momentos de guerra, até porque faltavam os insumos! Era tentar fazer muito com muito pouco e assustada!” (M-1-2)

A ênfase na sobrecarga de trabalho está presente nos relatos de médicas, enfermeiras e ACS. A situação descrita como uma "guerra", destacando a escassez de recursos para realizar o seu trabalho e o medo causado diante da realidade imposta, aparece no relato da profissional médica, embora seu trabalho fosse realizado exclusivamente no consultório, o que a diferencia das outras profissionais.

Na área da saúde, a medicina ocupa uma posição dominante, relacionada ao reconhecimento do saber legítimo e autoridade nas decisões clínicas¹⁷. Logo, a autonomia médica, além da capacidade de tomar decisões clínicas independentes, abrange a habilidade de sustentar uma posição de domínio dentro do campo da saúde¹⁸.

Essas diferenças apontam uma distribuição de responsabilidades nas equipes de saúde que expressam relações hierárquicas baseadas no reconhecimento da competência nas tomadas de decisão no âmbito da relação médico-paciente¹⁹.

O medo manifestado pelas profissionais ultrapassava a preocupação com a própria contaminação, estendendo-se ao risco potencial de transmissão do agente infeccioso a outros pacientes, o que gerava reflexões críticas sobre a qualidade e a segurança da assistência prestada. O temor expresso por médicas de UBS diferentes, localizadas em bairros de classes

sociais distintas, revelava, na mesma intensidade, a insegurança e o desconforto que sentiam ao exercerem seu trabalho:

“Era uma via de mão dupla. Assim como a gente tinha o receio de ser contaminado, as pessoas também tinham o receio, [...] a gente acompanhou de perto casos complicados e ao mesmo tempo ter que atender, se proteger de não pegar... aquilo era muito assustador.” (M-1-10)

O constante temor relacionado à contaminação pessoal e à transmissão do vírus à familiares foi relatada em pesquisa com enfermeiros²⁰. Foi observado que profissionais de todas as categorias enfrentaram desafios emocionais significativos, como o intenso desgaste emocional, medo de uma iminente contaminação e a sobrecarga de trabalho.

O medo de serem infectadas no trabalho, fez com que essas profissionais contrariassem o que preconiza o vínculo para um cuidado adequado, ao se distanciarem do usuário sob a incerteza de uma eventual contaminação pelo vírus. Algumas cumpriam um ritual antes da entrada do paciente na sala, incluindo uso de álcool em todas as superfícies e posicionando a cadeira afastada, para manter o distanciamento. Além disso, foi relatado o uso duplicado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a saber, duas toucas, duas máscaras, com a expectativa de aumentar as barreiras ao iminente contato com o vírus e, assim, aumentar sua proteção. Em alguns momentos essas profissionais arcaram com os custos dos EPI ou intensificaram a higienização das mãos durante o atendimento de um mesmo paciente, chegando até mesmo a cercear suas necessidades fisiológicas, como ficar horas sem beber água, para não tirar a máscara.

“Antigamente, a gente falava pro paciente: encosta aqui. Hoje em dia, antes do paciente entrar, coloco a cadeira longe ... e me sentia constrangida. [...] Eu botava uma touca plástica por baixo da touca descartável, que eu achava bem impermeável.” (M-3-8)

“Eu costumava dizer pra minha mãe: ‘Mãe, eu vou pro olho do furacão!’. [...] Então, pra mim, todo dia que eu voltava pra casa eu considerava uma vitória.” (E-5-3)

“Tensão, nervoso de colegas sem máscara trabalhando. Eu cheguei até a discutir com uma porque eu não aceitava e ela queria ficar com a máscara aqui no queixo.” (A-5-4)

Embora o medo fosse um sentimento comum entre as profissionais, as estratégias de enfrentamento variaram conforme a categoria profissional. As narrativas da médica, da enfermeira e da agente comunitária de saúde (ACS) revelam experiências distintas no contexto da pandemia.

A médica expressou desconforto com as mudanças nas práticas de segurança, embora tivesse maior controle sobre o ambiente e pudesse impor limites físicos. Em contraste, a enfermeira descreveu sua atuação nas UBS como uma luta diária em meio à superlotação e à exposição contínua ao risco. A ACS destacou conflitos relacionados ao descumprimento das normas sanitárias, evidenciando pouca legitimidade diante de outros profissionais.

Embora os riscos e os cuidados estejam ancorados em contextos que produzem situações concretas de vulnerabilidade, também apresentam uma dimensão simbólica e subjetiva, relacionada aos sentidos e percepções atribuídos a essas experiências. A noção de risco é intrinsecamente polissêmica e, por pertencer ao campo das matrizes culturais, assume significados diversos conforme os sistemas simbólicos nos quais é mobilizada²¹.

A diferença entre os relatos propõe uma reflexão sobre hierarquias, autonomia, condições de trabalho e acesso a recursos, durante a pandemia, que revelam desigualdades entre profissionais de saúde que atuavam em UBS.

Dall'Ora²² relacionou diversos fatores causadores de sofrimento físico e emocional dos profissionais, destacando: longa jornada e sobrecarga de trabalho; alta cobrança por resultados; baixa autonomia na organização do trabalho; relações de conflito entre a equipe; poucas capacitações; baixa oferta de insumos; e insegurança no trabalho.

Todas as narrativas que abordaram sentimentos como medo e insegurança, além do cansaço e sobrecarga no cuidado, foram protagonizadas por mulheres. Os homens, embora presentes na pesquisa, não expressaram emoções ou experiências nesse sentindo. A ausência de menção ao sofrimento, o silêncio diante da dor e da vulnerabilidade podem ser compreendidos como resultantes das hierarquias de gênero na modelagem de padrões afetivos masculinos^{21, 23}.

Malabarismo na segunda jornada

Essa categoria engloba os efeitos da pandemia na esfera privada, particularmente as repercussões do exercício profissional nas dinâmicas familiares e nas redes de apoio doméstico. Inclui ainda as implicações de gênero na divisão sexual do trabalho e do cuidado, especialmente no que tange à atenção às crianças, idosos e pessoas enfermas no ambiente doméstico.

As profissionais de saúde, além de passarem mais tempo em um trabalho exaustivo, tanto físico quanto emocionalmente, também assumiram mais tarefas domésticas e intensificaram o cuidado familiar.

Elas viviam sob intenso medo de transmitirem o patógeno para seu grupo familiar, sobretudo quando residiam com idosos. Para diminuir os riscos, criaram formas de “descontaminação”. Nos GF, as profissionais narravam o que denominavam “rituais de

limpeza” que realizavam antes de entrar em casa. Trabalhadoras, de diferentes categorias profissionais, separaram um banheiro para seu uso exclusivo na parte de fora da casa, entre outras estratégias, para evitar o adoecimento da família:

“E a pressão que eu ficava era quando chegava em casa, tinha idosa em casa, que era minha mãe, eu tinha que fazer todo aquele ritual de lavar que também me pressionou muito e o sentimento de me culpar se eu passar para alguém.” (E-5-3)

“Estavam quase me expulsando de casa. Na hora de entrar, eu tinha que entrar pelo quintal, tomar banho, não sei o quê... ninguém queria nem chegar perto de mim! Meu quarto era totalmente isolado; mas foi bem estranho!” (M-1-2)

Diante de “pressões” contraditórias entre as responsabilidades ligadas à ética profissional e ao cuidado da mãe idosa, a enfermeira expressa sofrimento e desafios enfrentados durante a pandemia. A análise desse relato pode lançar luz às tensões impostas a um contingente feminino que compõe a força de trabalho em saúde, a partir da articulação entre eixos de opressão, compromisso e sofrimento.

Flávia Biroli⁴ (2018) argumenta que a divisão sexual do trabalho é um elemento central na produção das desigualdades de gênero. Ela destaca que essa forma de organização do trabalho tem vinculado as mulheres à responsabilidade pelo trabalho de cuidado, tanto no âmbito doméstico quanto no profissional, o que resulta em sobrecarga e limitações à sua autonomia. Como efeito, esse padrão é sustentado por estereótipos de gênero que relacionam atributos essencialistas que associam o feminino às noções de cuidados e de disponibilidade “natural” para dedicar-se ao outro, aproximando as esferas familiar e profissional¹.

O medo de ir para casa e infectar a família foi um dos principais problemas apresentados pelas trabalhadoras de saúde. Perceber-se como um perigo para a família ou um meio de transmissão de uma doença grave e desconhecida, criou obstáculos entre as profissionais e seus familiares, a ponto de evitarem troca de carinhos e contato físico com eles.

“Eu fiquei com medo de beijar na boca do meu marido, [...] falando sério mesmo, eu achava que todo tempo eu estava com covid e ia passar pra ele.” (A-3-3)

“Para mim, o que me marcou e eu lembrei agora foi ficar sem um abraço três meses, né, três meses sem um abraço, nem a filha que mora comigo tinha coragem de chegar e me abraçar. As outras filhas, os outros filhos, os netos e ninguém me abraçava. Pra mim, foi terrível isso.” (M-3-4)

Os estereótipos de gênero reforçam que o cuidado é um atributo feminino e o reconhecimento por este trabalho (não remunerado) manifesta-se na forma de afeto. A recusa ao contato físico revelou que, mesmo cuidando de todos, elas não foram cuidadas^{1, 4}.

Somado ao sofrimento causado pela jornada de trabalho estendida e exaustiva, têm-se as responsabilidades com os cuidados no ambiente familiar. Estavam sem rede de apoio, impossibilitadas de contar com empregadas domésticas, sem acesso a creches/escolas e mantendo o distanciamento de familiares, essas mulheres assumiram ainda mais tarefas cotidianas:

“Teve o agravante. Assim, a gente teve que dispensar as pessoas que trabalhavam na nossa casa, né, tive que dispensar a minha secretária. Então, além do meu trabalho de vir pra cá eu tinha que fazer o trabalho de casa, que eu não tinha ninguém pra me ajudar! Então, assim, foi uma sobrecarga extra.”
(E-3-3)

A pandemia de covid-19 atuou como um fator nivelador entre as diversas profissionais mulheres e intensificador das desigualdades já existentes no campo dos cuidados domésticos, impondo uma nova configuração às rotinas femininas. Tanto as mulheres que contavam com o trabalho de empregadas domésticas e se viram obrigadas a dispensá-las²⁴ quanto aquelas que não dispunham desse suporte, enfrentaram uma sobrecarga ainda maior, pois ficaram totalmente sem rede de apoio, acumulando as exigências do trabalho profissional com as tarefas domésticas e familiares^{25, 26}.

Um estudo identificou que profissionais da saúde que residiam com suas famílias apresentaram maior propensão a níveis de estresse moderados a extremamente altos, especialmente relacionados aos cuidados com os filhos, além de relatarem maior dificuldade em conciliar as demandas do trabalho com as responsabilidades familiares. Na análise ajustada para controle de variáveis de risco, observou-se que médicas tinham quase três vezes mais chances de apresentar indicativos positivos para *burnout* em comparação aos seus colegas homens²⁷.

A pandemia ampliou desigualdades de gênero no contexto laboral e no âmbito da vida privada deu destaque à divisão desigual do trabalho^{1,3,4}. Conforme os dados coletados na presente pesquisa, 76% das mulheres entrevistadas eram casadas ou viviam em união estável, enquanto todos os homens entrevistados coabitavam com parceiras. Mesmo assim, nenhum deles demonstrou essa dualidade entre vida doméstica e profissional.

Segundo o IBGE (2019), as mulheres dedicam mais tempo ao trabalho doméstico e ao cuidado familiar do que os homens. Entre os que trabalhavam formalmente, as mulheres realizavam, em média, 18,5 horas semanais de atividades domésticas, enquanto os homens

dedicavam 10,3 horas²⁸.

Antes da pandemia, dados do IBGE (2019) já indicavam que as mulheres acumulavam mais horas de trabalho doméstico e de cuidado que os homens, mesmo em situações ocupacionais semelhantes. Durante a crise sanitária, essa desigualdade se intensificou. As profissionais entrevistadas relataram um aumento significativo tanto na carga de trabalho profissional quanto nas responsabilidades domésticas

A despeito da sobrecarga de trabalho, bem como ao aumento da tensão e do medo, essas profissionais sofriam preconceito ao utilizarem o uniforme da UBS em espaços públicos. Em seus relatos, havia queixas sobre o descontentamento de vizinhos por compartilhar espaços comuns de condomínios ou prédios residenciais com profissionais de saúde. Profissionais relataram como foi desafiador administrar a reação das pessoas:

[médica relatando sobre comentários de vizinhos] “todo mundo comentava: isso é um absurdo e ainda fica entrando em elevador. E o pessoal tinha medo, medo de chegar perto. Olha, eu fiquei aterrorizada.” (M-3-5)

“Aí, eu vinha e meu marido já estava na porta com o saco de lixo preparado. E os vizinhos me olhando. Nessa pandemia, a sensação que eu tinha era que eu estava suja o tempo todo.” (ACS-3-3)

Fora das unidades de saúde, as profissionais eram vistas como uma ameaça à coletividade. A médica e a ACS relataram formas distintas de preconceito durante a pandemia. Os vizinhos viam a médica com desconfiança e medo devido ao seu trabalho. A ACS sentia-se "suja o tempo todo" e por isso adotava medidas extremas de proteção e isolamento, como evitar interações sociais e familiares. O trabalho nas unidades de saúde estava associado à transmissão da doença.

Mary Douglas²⁹ (2003), ao discutir as noções de sujeira e pureza como construções simbólicas, associa o "impuro" a uma ameaça às fronteiras sociais e morais. Os profissionais da saúde, antes socialmente valorizados, passaram a ocupar simbolicamente o lugar do “perigo”, pois cruzavam fronteiras entre o “ambiente contaminado” (UBS) e o espaço doméstico e coletivo.

Mesmo com todos os cuidados e medidas de segurança, algumas profissionais foram infectadas e transmitiram a doença aos familiares. Isso afetou de forma significativa as relações interpessoais.

“A minha mãe pegou covid, [...] e teve meu irmão que entubou que sofre até hoje. Ela não desentubou mais. Está com os dois pulmões comprometidos, nenhum funciona mais, ela respira por aparelhos e agora tão dizendo ... e já tem

quase três anos. Isso traumatiza a pessoa, por conta de pensar, de reagir e fica aquela... sou culpada, vão me culpar.” (M-3-5)

A responsabilidade pelo cuidado, atribuída às mulheres, está situada além de práticas e técnicas, há um peso moral, que inclui a culpa, e que recai sobre elas, revelando uma assimetria que configura a persistência da desigualdade de gênero²⁵.

Conforme discutido por Rezende³⁰ (2006), o medo e a culpa não são apenas respostas individuais a situações de risco, mas experiências emocionais moldadas culturalmente, que emergem dentro de contextos sociais específicos.

Essa realidade não fez distinção entre aquelas que ocupavam diferentes posições no mercado de trabalho. Sejam médicas, enfermeiras, ACS, todas vivenciaram o mesmo desafio: equilibrar as demandas extenuantes do trabalho com as exigências do lar e, na maioria das vezes, as custas de sua saúde física e mental. Essa experiência comum reforça como as questões de gênero adentra às diferenças profissionais.

A divisão sexual do trabalho afetou as mulheres de forma ampla e profunda durante a crise sanitária¹. Durante a pandemia, mulheres de diferentes classes sociais enfrentaram sobrecarga ao conciliar trabalho profissional e cuidado familiar, embora em contextos distintos.

Limitações e fortalezas do estudo

A coleta de dados ocorreu em 2022, quando a pandemia já estava arrefecida, pois se esperava distanciamento reflexivo e emocional dos profissionais. A imprecisão demonstrada entre os eventos ocorridos na 1ª e 2ª onda revelaram a permanência de um sofrimento ainda não superado. Por ter sido um evento marcante na vida das pessoas, as narrativas traziam uma carga emocional.

Poucos homens participaram dos grupos focais, consoante com o elevado número de profissionais mulheres na APS. A entrevista em grupo pode ter sido um fator inibidor da participação masculina e da manifestação de sentimentos e emoções. O fato de ser uma amostra intencional restringe a generalização dos resultados, porém lança luz sobre a reflexão acerca da divisão de tarefas e a sobrecarga de trabalho das mulheres em relação aos homens durante a pandemia.

A análise sobre a intersecção entre gênero, trabalho e cuidado realizada neste estudo não contemplou a dimensão da raça. Nas entrevistas não apareceram temas identificados como desigualdades ligadas à raça. O foco do estudo foi direcionado para as experiências relacionadas às conciliações, conflitos, opressões e compromissos relatados sobre o trabalho profissional e as responsabilidades domésticas na crise sanitária. No entanto, é possível que os conflitos latentes, não-ditos, não tenham sido percebidos. Uma análise mais aprofundada sobre a

interseção entre gênero e raça pode enriquecer ainda mais a compreensão das experiências vividas por profissionais de saúde.

São fortalezas do estudo a triangulação de categorias profissionais e a inclusão de UBS de todos os distritos sanitários do município, aumentando a variabilidade de situações vivenciadas pelos participantes. O estudo abordou os efeitos da pandemia na vida profissional e privada de trabalhadores da saúde, cobrindo a lacuna que havia na literatura. E, ao privilegiar a APS, esta pesquisa contempla aspectos da pandemia para além das experiências de profissionais em hospitais e UTI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos GF revela as complexas implicações da pandemia de covid-19 na vida e no trabalho de profissionais da APS. A categoria “Se vira nos 30 na UBS” evidencia a sobrecarga de trabalho que os profissionais enfrentaram. Com a alta demanda de atendimento e a escassez de recursos, as profissionais tiveram que assumir múltiplas tarefas, muitas vezes ultrapassando suas responsabilidades e enfrentando condições de trabalho desgastantes.

A análise destaca como a intersecção de gênero e categoria profissional criou desigualdades específicas, como maior exposição ao risco e o encargo de outras tarefas laborais para enfermeiras e ACS.

A categoria “Malabarismo na segunda jornada” aborda os impactos da pandemia na vida privada das profissionais que enfrentaram uma sobrecarga pelo aumento do trabalho doméstico e da responsabilidade pelos cuidados com a casa e familiares. A pandemia exacerbou as relações de desigualdade no espaço da vida privada. O trabalho doméstico e o cuidado com familiares, historicamente atribuídos às mulheres, foram causa de maior sobrecarga de trabalho durante a pandemia. Evidenciou ainda o abandono sofrido por essas mulheres empenhadas no cuidado de pessoas, sem que suas necessidades de cuidado fossem supridas, o que trouxe enorme sofrimento.

Em resumo, a pandemia de covid-19 não apenas destacou as desigualdades existentes nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, mas também ampliou as disparidades, sofrimento, opressão e sobrecarga de trabalho. Evidenciando como as mulheres, especialmente nas funções de menor hierarquia, sofreram de forma mais intensa. A pandemia resultou em uma enorme sobrecarga de trabalho para as cuidadoras, no âmbito profissional e familiar, e paralelamente evidenciou uma injusta distribuição do cuidado. No âmbito profissional, a classe social promoveu uma vantagem, mas no âmbito familiar, foi o gênero que marcou a desigualdade.

Este estudo permitiu colocar luz sobre efeitos da pandemia de covid-19 ainda pouco abordados na literatura. Após dois anos da ocorrência da crise sanitária, como um momento de sofrimento intenso e que gerou tantas desigualdades, a narrativa dos profissionais indica a permanência de opressões nas relações de gênero e classe. Mesmo uma crise social e sanitária de dimensão global não foi suficiente para alterar a força histórica dessas relações.

O estudo revela a necessidade de debates e de políticas que abordem essas desigualdades e ofereçam suporte adequado para garantir condições de trabalho dignas e equilibradas, além de reconhecer e mitigar as sobrecargas enfrentadas pelas profissionais da saúde, tanto no âmbito profissional quanto pessoal. Apesar das conquistas dos movimentos sociais, ainda há entraves à equidade de gênero e à justiça social. Os embates acerca da divisão sexual do trabalho, do cuidado e das responsabilidades atribuídas às mulheres revelam que as desigualdades trazem prejuízos à democracia.

REFERÊNCIAS

1. Brandão ER, Alzuguir FCV. Gênero e saúde: uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2022.
2. Scott JW, Louro GL, Silva TT. Gênero: uma categoria útil de análise histórica de Joan Scott. *Educ Realidade*. 1995; 20(2):71-99.
3. Piscitelli A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Soc Cult*. 2008;11(2).
4. Biroli F. Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2018.
5. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem*. 2002; 10:171-88.
6. Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cad Pagu*. 2006;329-76.
7. Santos BS. La cruel pedagogía del virus. Coimbra: Edições Almedina. 2020:1-85.
8. Lerner K, Aisengart R. Covid-19 e tempos de crise: entre o risco e o cuidado. *Saude Soc*. 2024;33:e240309pt.
9. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J Ambul Care Manage*. 2017;40:S4-11.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
11. Gomides LM, Abreu MNS, Assunção AA. Desigualdades ocupacionais e diferenças de gênero: acidentes de trabalho, Brasil, 2019. *Rev Saude Publica*. 2024;58:13.
12. Souza DO, Silva MP, Souza VA, Reis LP, Ferreira LM, Santos AEM, et al. O trabalho de Enfermagem a partir da experiência de enfermeiras da linha de frente contra Covid-19: na trilha da precarização. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e230021.

13. Rocha BM, Carvalho CS. In: Rios F, Lima M, organizadores. *Lélia Gonzalez: por um feminismo afro-latinoamericano: ensaios, intervenções e diálogos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2020. Wirapuru: Rev Latinoam Estud Ideas. 2021;3:11.
14. 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 Educ Saúde*. 2021; 19:e00321153.
15. Lotta G, Fernandez M, Correa M, Wenham C, Nunes J. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *Lancet*. 2020; 396(10248):365.
16. Wu J, Li H, Zhou H, Zhang H, Zhu H, Yu Y, et al. Subtypes of nurses' mental workload and interaction patterns with fatigue and work engagement during coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: a latent class analysis. *BMC Nurs*. 2021; 20:1-9.
17. Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 1975.
18. Schraiber LB. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad Saude Publica*. 1995; 11:57-64.
19. Ribeiro JM, Schraiber LB. A autonomia e o trabalho em medicina. *Cad Saude Publica*. 1994; 10:190-9.
20. Ramos AR. Medos vivenciados pelos profissionais de enfermagem durante a pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Res Soc Dev*. 2022;11(17): e219111739184.
21. Neves EM. *Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco*. São Luís (MA): Edufma; 2008.
22. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M. Burnout em enfermagem: uma revisão teórica. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):1-17.
23. Das V. *Aflicção: saúde, doença, pobreza*. São Paulo: Editora Unifesp; 2023.
24. Stock TO, Bortolotto CC, Amaral MA, Arruda GM. Violence against women in the Covid-19 pandemic: a systematic review. *Physis*. 2024;34:e34037.
25. Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Cienc Saude Colet*. 2003; 8:173-83.
26. Furtado F, Andriolli C. Mulheres, covid-19 e a lógica patriarcal: análise sobre o trabalho das mães docentes. *Cad Pagu*. 2023;e236806.
27. Civantos AM, Bertelli AA, Longo KM, Sipaúba MN, Trevizani LS, Quintero CA, et al. Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic: a national study. *Am J Otolaryngol*. 2020;41(6):102694.
28. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *PNAD Contínua*. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
29. Douglas M. *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge; 2003.
30. Rezende CB, Coelho MC. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2010.

Tabela 1 - Perfil sociodemográficas dos entrevistados segundo categoria profissional

	Agente Comunitário de Saúde	Enfermeiro	Médico	Técnico de Enfermagem	Cirurgião-dentista	Farmacêutico
Idade (anos)						
22 – 40	2	2	5	1	1	1
41 – 60	14	9	0	2	0	0
61- 73	4	0	2	0	0	0
Sexo						
Masculino	2	0	1	2	0	0
Feminino	18	11	6	0	1	1
Estado Civil						
Casado	12	7	3	1	0	1
União Estável	4	3	1	0	0	0
Solteiro	4	0	2	1	1	0
Divorciado	0	1	1	0	0	0
Cor da Pele						
Parda	10	6	0	2	1	1
Preta	6	1	2	0	0	0
Branca	4	4	5	0	0	0
Nível de Escolaridade						
Ensino Médio	12	0	0	1	0	0
Ensino Superior Incompleto	2	0	0	1	0	0
Ensino Superior Completo	4	1	4	0	0	1
Pós-graduação	2	10	3	0	1	0
Tempo de formação						
3 meses	0	0	1	0	0	0
1 – 10 anos	1	2	3	1	0	1
11 – 20 anos	4	8	2	1	1	0
21 – 40 anos	15	1	0	0	0	0
41 – 48 anos	0	0	1	0	0	0
Tempo na UBS						
3 meses	0	0	1	0	0	0
1 – 10 anos	3	2	5	1	0	1
11 – 20 anos	7	8	1	1	1	0
21 – 33 anos	10	1	0	0	0	0
Afastamento da UBS						
Sim	5	3	3	1	0	1

Não	15	8	4	1	1	0
-----	----	---	---	---	---	---

5.2 Artigo 2

Vacinação contra Covid-19: desafios e percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

(Submetido e aprovado na revista Acervo Saúde)

Vacinação contra Covid-19: desafios e percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

COVID-19 Vaccination: Challenges and Perceptions of Primary Health Care Professionals

Vacunación contra la COVID-19: desafíos y percepciones de los profesionales de la Atención Primaria de Salud

Francisca Laura Ferreira de Sousa Alves¹, Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz², Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho³, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves⁴

RESUMO

Objetivo: analisar os desafios enfrentados pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no processo de vacinação contra a covid-19 em unidades básicas de saúde (UBS) de São Luís–MA. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada de setembro a novembro de 2022, em seis UBS, por meio de Grupos Focais, com 42 profissionais de saúde. Foi realizada análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Foram organizados em três categorias principais: “Capacidade restrita com demanda excessiva”, “Organização do serviço” e “Verdades e mitos da vacinação”. Identificaram-se dificuldades relacionadas à infraestrutura física limitada, falta de treinamento, alta demanda e escassez de recursos humanos, além do impacto do movimento antivacina e da desinformação, que geraram resistência entre usuários e até entre alguns profissionais. Por outro lado, destacaram-se estratégias exitosas como a comunicação empática, o vínculo com a comunidade e a busca ativa, que contribuíram para superar barreiras e ampliar a cobertura vacinal. **Conclusão:** Conclui-se que, apesar dos

desafios, o comprometimento e as ações educativas dos profissionais foram determinantes para o êxito da campanha, evidenciando a necessidade de investimentos permanentes em estrutura, capacitação e fortalecimento da APS para assegurar a confiança nas vacinas e a continuidade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Vacinas contra COVID-19, Trabalhadores da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the challenges faced by Primary Health Care (PHC) professionals in the covid-19 vaccination process at basic health units (UBS) in São Luís–MA. **Methods:** This is a qualitative study conducted from September to November 2022 in six UBS, using Focus Groups with 42 health professionals. A thematic content analysis was performed. **Results:** They were organized into three main categories: “Limited capacity with excessive demand,” “Service organization,” and “Truths and myths about vaccination.” Difficulties were identified related to limited physical infrastructure, lack of training, high demand, and shortage of human resources, in addition to the impact of the anti-vaccine movement and misinformation, which generated resistance among users and even some professionals. On the other hand, successful strategies such as empathetic communication, community bonding, and active outreach helped overcome barriers and expand vaccination coverage. **Conclusion:** It is concluded that, despite the challenges, the commitment and educational actions of professionals were crucial for the success of the campaign, highlighting the need for ongoing investments in infrastructure, training, and strengthening of PHC to ensure trust in vaccines and continuity of health care.

Keywords: Primary Health Care, COVID-19 Vaccines, Health Workers.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los desafíos enfrentados por profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) durante la vacunación contra la covid-19 en Unidades Básicas de Salud (UBS) de São Luís–MA. **Métodos:** Estudio cualitativo realizado entre septiembre y noviembre de 2022, en seis UBS, mediante Grupos Focales con 42 profesionales. Se aplicó análisis de contenido temático. **Resultados:** Los datos se agruparon en tres categorías: “Capacidad limitada con demanda excesiva”, “Organización del servicio” y “Verdades y mitos sobre la vacunación”. Se observaron dificultades relacionadas con infraestructura deficiente, falta de capacitación, escasez de personal y alta demanda. También se identificó la influencia negativa de la desinformación y del movimiento antivacunas, que provocaron resistencia entre usuarios y algunos profesionales. A pesar de ello, se destacaron estrategias como la comunicación empática, el vínculo comunitario y la búsqueda activa, que favorecieron la superación de barreras y una mayor cobertura vacunal. **Conclusión:** El compromiso y las acciones educativas de los profesionales fueron clave para el éxito de la campaña. Se evidencia la necesidad de fortalecer la APS mediante inversiones continuas en infraestructura, capacitación y acciones que refuercen la confianza en las vacunas y garanticen la continuidad del cuidado en salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Vacunas contra la COVID-19, Trabajadores de la Salud.

INTRODUÇÃO

A alta mortalidade e transmissibilidade causada pela pandemia da covid-19 gerou um esforço coletivo, nunca visto para desenvolver, aprovar e distribuir vacinas em tempo recorde, de modo que a segurança e a efetividade das vacinas não fossem comprometidas, e ocorresse a distribuição e aplicação em curto espaço de tempo, gerando desafios para os sistemas de saúde. Diante do cenário caótico e de incertezas da pandemia, o surgimento das vacinas contra a covid-19 passou a ser uma possibilidade real de minimizar o avanço da doença, com a esperança de diminuir o número de casos e consequentemente as mortes (SOUSA JB, 2021).

Essa corrida contra o tempo para conter a propagação do vírus e proteger as populações em todo o mundo, colocou em evidência o papel da Atenção Primária à Saúde (APS). Com seu foco na prevenção, promoção e cuidado integral no território, representa o alicerce essencial para garantir que as comunidades recebam não apenas as vacinas necessárias, mas também a educação e o suporte para uma adesão efetiva (DOMINGUES CMA, 2021).

E diante desse cenário, a APS, emergiu como uma força atuante e essencial na implementação das campanhas de vacinação (GIOVANELLA L, 2021). Esse protagonismo, no entanto, contrastava com o contexto inicial da pandemia, em que a atenção à saúde estava centrada nos serviços hospitalares (FERNANDEZ MV, 2020). Na gestão e execução das estratégias de imunização contra a covid-19, a APS desempenhou um papel central e essencial, pois a vacinação foi uma ferramenta crucial na luta contra a disseminação do vírus e na mitigação dos impactos devastadores associados à doença (DANTAS FILHO FF, 2023).

Todavia, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como todos os outros serviços de saúde, não estavam preparadas para enfrentar os diferentes desafios da pandemia (MOROSINI MV, 2020). Havia dificuldade para lidar com a escassez de recursos e de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), com a capacidade organizacional da assistência (GARCIA GPA, 2021), com a gestão de estoques e distribuição dos imunizantes e as questões de aceitação e confiança na vacina por parte da população (SOUSA JB, 2021). A isso se somou o desconhecimento dos profissionais sobre a doença, agravada pela falta de coordenação efetiva e articulação com outras esferas do sistema de saúde (KERR L, 2020).

Este artigo se propõe a examinar, os desafios e o papel da APS na vacinação contra a covid-19 e a aceitação da vacina pelos profissionais e pelos usuários. Compreender esses obstáculos é crucial para aprimorar a resposta a pandemias e fortalecer a Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade exploratória, descritiva e analítica. Realizada entre setembro e novembro de 2022, em UBS de São Luís – MA. As unidades foram selecionadas de forma intencional, levando em consideração as características distintas de cada uma.

Logo após a seleção das UBS os gestores foram contactados para agendamento da visita e esclarecimentos sobre os critérios de seleção dos participantes do estudo. Dessa forma, foi definida a participação de profissionais de todas as categorias de nível superior, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e, preferencialmente, profissionais que estiveram em atividade durante a pandemia.

Os Grupos Focais (GF) presenciais foram realizados uma única vez em cada uma das seis UBS, em uma sala reservada pela direção da unidade, em dias e horários previamente acordados. No total, a amostra foi composta por 42 profissionais. A equipe de pesquisa contou com seis integrantes: três docentes da área da Saúde Coletiva (médica, cirurgiã-dentista e cientista social).

Cada GF teve início com a apresentação da pesquisa e da equipe aos participantes. Em seguida, foram introduzidos os instrumentos de pesquisa: um questionário de perfil sociodemográfico e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista coletiva seguiu um roteiro estruturado para captar a percepção dos profissionais.

Os participantes foram informados de que a adesão era voluntária, tendo havido a recusa de um ACS. Em média, cada GF teve duração de 2 horas, resultando em um total de 11 horas e 25 minutos de gravação e 192 páginas transcritas. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, conforme Bardin L (2016).

Este estudo integra o projeto “A pandemia da covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS”. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do NN, com parecer número 4.234.296, emitido em 25/08/2020.

Para preservar a identidade dos participantes, seus nomes foram substituídos por iniciais correspondentes à categoria profissional (M – médico; E – enfermeira; A – ACS; T – técnico de enfermagem; C – cirurgião-dentista; F – farmacêutico), seguidas pelo número correspondente à sua posição no GF e pelo número da UBS. Todos os entrevistados assinaram o TCLE.

RESULTADOS

Dos 42 profissionais que participaram dos grupos focais, 39 eram mulheres, com idade mediana de 44,5 anos. Quanto ao estado civil, 32 viviam com companheiro, 8 eram solteiros e 2 divorciados. Em relação à cor, 22 se autodeclararam pardos, 7 pretos e 13 brancos. A equipe

era composta por 21 ACS, 11 enfermeiros, 7 médicos, 2 técnicos de enfermagem, 1 cirurgião-dentista e 1 farmacêutico. O tempo mediano de trabalho na UBS foi de 13 anos, sendo os ACS os profissionais com maior tempo de atuação.

Os resultados foram organizados em três categorias: “Capacidade restrita com demanda excessiva”, que aborda sobre os desafios da estrutura física, dos recursos humanos e insumos. A segunda categoria é nomeada como “Organização do serviço”. Nela, os profissionais relatam sobre a jornada de trabalho estendida, o horário de funcionamento da UBS, que mudou significativamente durante a vacinação, o elenco de serviços e protocolos. A terceira categoria foi nomeada como “Verdades e mitos da vacinação”, a falta de conhecimento seguro e de fonte confiável, gerou muitos desafios para lidar com a gravidade da covid-19.

Capacidade restrita com demanda excessiva

De acordo com as falas dos profissionais de saúde entrevistados nesta pesquisa, a campanha de vacinação contra a covid-19 evidenciou importantes limitações estruturais e operacionais das UBS. Inicialmente, para facilitar a logística e ampliar o acesso, foram implementados Centros de Vacinação em espaços amplos como universidades e estádios. Essa estratégia permitiu a aplicação em larga escala, com maior segurança e organização, inclusive por meio de modelos como o *drive-thru*. Para garantir o funcionamento desses centros, os entrevistados relatam que houve contratação de profissionais e deslocamento de equipes das UBS para os centros de vacinação.

Com o encerramento dos centros de vacinação, ao final de 2021, a campanha foi transferida para as UBS, o que gerou grande sobrecarga. Os profissionais relataram que a vacinação foi direcionada de forma abrupta para unidades sem espaço físico e profissionais suficientes para absorver a demanda. A maioria das UBS dispunha de estrutura física limitada, com poucos consultórios e apenas uma sala de vacina, o que resultou em filas extensas, longos tempos de espera e atendimento sob pressão.

“Não foi fácil. Tiraram os centros de vacinações e jogaram nas unidades de saúde. A gente estava com um número de vacinadoras muito pequenas. Mas eram filas e filas. Quando ia ao banheiro tinha reclamação.” (A-7-1)

Somado à inadequação do espaço físico, houve relatos frequentes sobre a insuficiência de insumos básicos e EPIs, como máscaras, luvas, capotes e até medicamentos essenciais. A ausência desses recursos comprometeu a segurança dos trabalhadores e da população, dificultando a aplicação dos protocolos sanitários e aumentando o risco de contágio.

Outro desafio apontado foi a desorganização dos fluxos assistenciais. Em diversas unidades, vacinação, testagem de casos suspeitos e atendimentos clínicos ocorriam simultaneamente em ambientes compartilhados, o que favoreceu o caos e a aglomeração. A

escassez de treinamentos específicos e a ausência de orientações técnicas claras sobre biossegurança também geraram insegurança entre os profissionais.

“Então as pessoas se cruzavam, era gente fazendo teste de covid pra um lado, suspeita de covid e vacina pro outro, né? Então isso tumultuou um pouco.” (E-3-6)

As falas destacam ainda o impacto da alta demanda sobre as equipes. Houve extensão da carga horária, ausência de pausas para descanso e relatos de jornadas que avançavam até a madrugada. Esse cenário contribuiu para o esgotamento físico e mental dos trabalhadores e para o adoecimento de parte das equipes.

“Eu já cheguei a vacinar pessoas até 03:00 horas da manhã! Cheguei 07:00 horas da manhã e fui até 03:00 do outro dia, direto.” (E-3-3)

Assim, a categoria “Capacidade restrita com demanda excessiva” evidencia o descompasso entre a estrutura disponível e a magnitude da campanha de imunização.

Organização do serviço

Essa categoria analisa como os profissionais de saúde vivenciaram a reorganização das atividades durante a campanha de vacinação contra a covid-19, relegando as ações rotineiras da APS a segundo plano. Esse período foi marcado por jornadas exaustivas, medo, insegurança e a imposição de práticas de controle. Além da sobrecarga física, os trabalhadores enfrentaram um ambiente de intensa vigilância institucional, instaurado em resposta a denúncias de desvios de imunizantes. Uma profissional relatou ter sido submetida à revista de sua bolsa ao fim do expediente, o que gerou indignação e acentuou o sentimento de desconfiança, contribuindo para o desgaste emocional em um cenário já instável. A experiência foi comparada, por alguns, a um verdadeiro “período de guerra”.

Para priorizar a imunização em massa da população, muitos serviços essenciais da APS foram temporariamente suspensos ou significativamente reduzidos. Atendimento como pré-natal, consultas odontológicas, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, puericultura e atividades coletivas de promoção da saúde deixaram de ser realizados com regularidade. A interrupção desses serviços reflete o impacto da reorientação abrupta das ações da UBS, que precisou concentrar esforços humanos e logísticos quase exclusivamente na vacinação.

“Enfim, foi um caos logo no começo até a gente se adaptar a esse novo processo de trabalho. Atividade coletiva a gente não fazia, os atendimentos foram interrompidos.” (M-2-3)

Nesse contexto de crise, os serviços de saúde passaram por reestruturações constantes. Exigindo readequações nos fluxos, nas salas de vacina e nas atribuições das equipes. A incorporação da vacina à rotina dos serviços demandou articulação entre setores, redistribuição de tarefas e ampliação dos horários de atendimento, como no programa Saúde na Hora.

Com a redução da percepção de risco e o relaxamento das medidas de isolamento, a adesão vacinal caiu consideravelmente. Muitos usuários deixaram de completar o esquema, especialmente crianças. Diante disso, os profissionais adotaram estratégias de busca ativa, como vacinação durante visitas domiciliares e avaliações vacinais no momento do atendimento, associadas a ações de convencimento frente à hesitação vacinal.

Além das exigências práticas, os profissionais relataram sobrecarga informacional devido às constantes atualizações nos protocolos, o que exigiu aprendizado contínuo e esforço de mediação com os usuários. A organização da campanha, portanto, envolveu não apenas a logística dos serviços, mas também a gestão das incertezas e da comunicação em meio à desinformação e à pressão institucional, exigindo comprometimento, resiliência e flexibilidade das equipes.

Verdades e mitos da vacinação

A vacinação contra a covid-19 foi atravessada por medos, resistências, desinformação e crenças que extrapolavam os aspectos biomédicos. O processo de imunização envolveu não apenas a aplicação de doses, mas uma atuação complexa, pautada pelo enfrentamento de mitos, inseguranças e um cenário social marcado por desconfiança e negação.

Um dos principais desafios relatados foi lidar com o medo generalizado da população, especialmente entre adolescentes e idosos. A pandemia gerou um ambiente de intensa insegurança, e muitos usuários demonstraram receio quanto à segurança e efetividade das vacinas. Entre adolescentes, o quadro era ainda mais delicado. Profissionais relataram episódios de ansiedade aguda, desmaios, pânico e tentativas de fuga. Em algumas situações, os jovens precisaram ser vacinados dentro de veículos, por não conseguirem entrar, por recusarem a entrar nos centros de vacinação. A presença de psicólogos e assistentes sociais foi essencial para apoiar esses momentos, garantindo uma abordagem acolhedora e segura. Como relatado por uma profissional:

“Teve uma que mal entrou na unidade e saiu correndo entre os carros... e quando um dos enfermeiros conseguiu pegar ela, ela desmaiou”. (E-3-6)

Além do medo, a desinformação também se mostrou um obstáculo relevante. A vacina CoronaVac, por exemplo, foi alvo de rejeição por parte de muitos usuários, em razão de sua origem chinesa. Esse preconceito, motivado por discursos xenofóbicos e teorias conspiratórias, reforçou a hesitação vacinal e dificultou o alcance de coberturas adequadas. Relatos apontam que pacientes recusavam esse imunizante com base em notícias falsas ou especulações, como:

A resistência à vacinação também esteve fortemente atrelada a crenças religiosas e posicionamentos políticos. Muitos profissionais relataram a prevalência de discursos negacionistas, ancorados em teorias da conspiração e difundidos por redes sociais e canais de

comunicação informais. Em certos casos, pacientes recusavam a vacina mesmo com comorbidades graves, acreditando que poderiam se curar por meios espirituais ou tratamentos alternativos. A presença do negacionismo, reforçado pelo posicionamento político, também foi identificada como fator de resistência, exigindo dos profissionais argumentação contínua para sensibilizar os usuários.

A hesitação não esteve restrita à população. Alguns profissionais de saúde também demonstraram receio em relação à vacinação, especialmente no início da campanha. As dúvidas giravam em torno da rapidez no desenvolvimento das vacinas, da quebra de etapas em estudos clínicos e da falta de familiaridade com os componentes dos imunizantes. O temor quanto a efeitos adversos e a desconfiança sobre a influência da indústria farmacêutica alimentaram especulações, inclusive sobre a origem do vírus. Alguns relatos evidenciavam a crença de que o vírus teria sido criado em laboratório, e que a vacina já existia previamente como parte de um plano deliberado de interesses econômicos.

Apesar disso, o vínculo estabelecido entre profissionais e usuários foi uma ferramenta fundamental para superar resistências. A confiança na ciência e a postura acolhedora das equipes, aliadas à persistência e à proximidade com a comunidade, foram determinantes para ampliar a adesão vacinal. Profissionais que acreditavam na eficácia da vacina conseguiam convencer os pacientes com base em sua própria experiência e confiança no imunizante.

Ainda no início da pandemia, a escassez de informação levou muitos profissionais a recorrerem ao chamado "Kit-Covid", com compra e estoque de medicamentos que, posteriormente, seriam comprovadamente ineficazes. Com o avanço das evidências científicas, muitos profissionais relataram que abandonaram essas práticas, reconhecendo a importância da informação qualificada e da imunização como principal estratégia de controle da pandemia.

Por fim, os profissionais observaram que a vacinação não apenas reduziu a incidência da doença, mas também trouxe uma sensação de segurança à população. Com isso, houve melhora na adesão às consultas, retomada de tratamentos e reorganização da rotina nas UBS. A imunização, portanto, representou não só um instrumento de saúde coletiva, mas também um catalisador para a reestruturação dos serviços em meio ao caos pandêmico.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa revelou que a vacinação contra a covid-19 nas UBS enfrentou desafios importantes, como sobrecarga de trabalho, falta de recursos, insegurança e resistência vacinal. A campanha, realizada rapidamente e em grande escala, exigiu adaptações abruptas em ambientes inadequados. Os profissionais enfrentaram jornadas exaustivas, desorganização inicial e necessidade de reorganizar os serviços, além de superar barreiras relacionadas à

desinformação, crenças religiosas e posicionamentos políticos. Além da aplicação das vacinas, foi fundamental desenvolver ações de acolhimento, comunicação eficaz e busca ativa da população.

Nessa pesquisa, houve uma evidente exposição das fragilidades estruturais nos serviços de saúde, durante a ampliação da campanha de vacinação, realizada em espaços inadequados e com escassez de recursos, que gerou uma sobrecarga tanto operacional quanto emocional nos profissionais. Esses trabalhadores foram compelidos a manter os cuidados essenciais mesmo em condições desfavoráveis, vivenciando o que a literatura tem denominado como sofrimento moral (*moral distress*) durante a pandemia (SANTOS JM; VERDI M, 2025).

Antes da pandemia, as salas de vacina das UBS já apresentavam fragilidades importantes, mostrando que não estavam preparadas para uma demanda ampliada. Em São Luís (MA), um estudo com 65 salas revelou que nenhuma foi classificada como ideal e muitas apresentavam falhas como temperatura inadequada dos refrigeradores, ausência de registros e de busca ativa dos faltosos, além da falta de manutenção preventiva (ALBUQUERQUE et al., 2023). Assim, a pandemia apenas escancarou um cenário de negligência crônica, revelando que, apesar de ser uma prática consolidada nas UBS, a vacinação nunca contou com o suporte estrutural necessário para sua plena execução.

A adaptação dos profissionais da APS foi abrupta, exigindo a rápida reorganização das rotinas e rompendo com a estrutura organizacional anterior. Apesar das mudanças intensas, os trabalhadores mostraram capacidade de atuação personalizada, reconhecendo que vacinar vai além da aplicação da dose, envolvendo vínculos e acolhimento das resistências e medos da população. Contudo, esse esforço intenso resultou em custos significativos para a saúde física e mental dos profissionais, que dedicaram longos períodos à campanha sem pausas adequadas. (SOUSA EC, 2022).

Diversos estudos apontam que a hesitação vacinal contra a covid-19 foi influenciada por medo de reações adversas, desinformação e crenças pessoais. Na América Latina, o receio de efeitos colaterais foi a principal barreira, embora 80% demonstrassem intenção de se vacinar (SANTANA EC, 2022). No Brasil, entre idosos, 91,8% tinham intenção vacinal, e a hesitação era maior entre os que se informavam sobre a vacina por redes sociais (LIMA-COSTA MF, 2022). Estudantes de enfermagem também relataram falta de confiança na eficácia da vacina, como motivo para recusa (BELINGHERI M, 2021), enquanto o relato de reações negativas em conhecidos duplicava as chances de rejeição ao imunizante (FARES S, 2021). Em grupos como gestantes, o acesso à informação e a confiança na eficácia foram decisivos (VASCONCELOS PP, 2023).

Além disso, teorias conspiratórias sobre a origem do vírus influenciaram parte significativa da população, inclusive profissionais de saúde (ELHADI M, 2021). Esses dados corroboram com os resultados da presente pesquisa, que identificou resistência à vacinação motivada por fatores semelhantes, como desinformação, medo e influência de crenças pessoais e coletivas.

Estudos apontam que o nível de religiosidade pode aumentar a hesitação, mas não foi determinante isolado, pessoas sem religião apresentaram menor hesitação em comparação a cristãos (VIANA IS, 2023). Já De Vries H (2022), referiu que aquelas pessoas com religião diferente do catolicismo e que possuíam menor nível educacional, foram mais propensos a hesitar. Essa relação entre pessoas de religião não católica e recusa vacinal também foram observados durante a pesquisa, mesmo entre usuários com doenças crônicas.

El-Far Cardo A (2021) e Fernández-de-Las-Peñas C (2021) afirmaram que o posicionamento político também teve uma importante influencia na aceitação das vacinas, já que, os eleitores de esquerda foram os que mais aceitaram as vacinas. Os eleitores de direita demonstraram menor intenção de se vacinar e uma maior percepção de risco. Tal contexto também emergiu nos relatos dos profissionais deste estudo, que identificaram resistência entre usuários com discursos negacionistas, muitas vezes alimentados por informações veiculadas em redes sociais e por figuras públicas filiados a partidos políticos de direita.

Outro fator desafiador foi a chegada da vacina Coronavac® que despertou uma série de reações em uma população já exausta pela pandemia. No estudo de Rocha JO (2021) foi possível constatar que os sujeitos eram influenciados pelas fake news, e que se utilizavam de estratégias discursivas negacionistas, conspiratórias e sensacionalistas para negar a eficácia das vacinas.

Apesar disso, Dowdle TS (2021) entrevistou 2.258 profissionais da saúde e 64,57% deles relataram que provavelmente ou definitivamente receberiam a vacina contra covid-19. No estudo conduzido por Fares S (2021) aproximadamente 60% dos homens que participaram do estudo aceitaram a vacina, por serem médicos e lidarem diariamente com pacientes acometidos pela doença. O autor concluiu que aceitação da vacina era três vezes maior em trabalhadores da saúde que atendiam pacientes com covid-19.

Este estudo apresenta como limitação o fato de se tratar de uma pesquisa qualitativa baseada em grupos focais com profissionais diretamente envolvidos na resposta à pandemia, o que implica em percepções subjetivas influenciadas por experiências individuais e pelo contexto emocional da época. Além disso, a ausência da perspectiva dos usuários limita uma compreensão mais ampla sobre o processo de vacinação na APS. Por outro lado, entre as fortalezas do estudo destacam-se a diversidade dos participantes, com a triangulação de

diferentes categorias profissionais e a inclusão de UBS de todos os distritos sanitários do município, o que amplia a variabilidade das experiências relatadas. A pesquisa também contribui ao explorar os impactos da pandemia na vida profissional e pessoal dos trabalhadores da APS, suprimindo uma lacuna na literatura que, em grande parte, se concentrou nas vivências hospitalares e em Unidades de Terapia Intensiva.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou os diversos desafios enfrentados pelos profissionais da APS durante a vacinação contra a covid-19, incluindo limitações estruturais, exaustão das equipes e reorganização abrupta dos serviços, além da influência da desinformação, negacionismo e hesitação vacinal. Embora a vacinação seja uma função típica da APS, as salas de vacina não estavam preparadas para o elevado volume de atendimento, revelando fragilidades pré-existentes agravadas pela emergência sanitária. Esses resultados ressaltam a necessidade urgente de valorização da APS e investimentos em infraestrutura, logística e capacitação profissional, especialmente nas salas de imunização. Esses achados reforçam a necessidade de ações integradas que fortaleçam a confiança da população nas vacinas e consolidem as UBS como espaços de acolhimento e resposta efetiva às demandas da comunidade, reafirmando seu papel central no Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, Ingrid de Campos et al. Avaliação das salas de imunização de uma capital do nordeste do Brasil. **Rev. APS (Online)**, 2023, p. 734-750.
2. BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016; 279p.
3. BELINGHERI M, et al. Attitudes towards COVID-19 vaccine and reasons for adherence or not among nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 2021; 37(5): 923-927.
4. DANTAS FILHO FF, et al. Efeito da vacinação nas hospitalizações e mortalidade por COVID-19. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2023; 49: e20230254.
5. DE VRIES H, et al. COVID-19 vaccine hesitancy: the role of information sources and beliefs in Dutch adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022; 19(6): 3205.
6. DOMINGUES CMA. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021; 37.
7. DOWDLE TS, et al. Intention to receive COVID-19 vaccine by US health sciences university employees. *Journal of Primary Care & Community Health*, 2021; 12: 21501327211036611.

8. EL-FAR CARDO A, et al. Factors that shape people's attitudes towards the COVID-19 pandemic in Germany—The influence of MEDIA, politics and personal characteristics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 18(15): 7772.
9. ELHADI M, et al. Knowledge, attitude, and acceptance of healthcare workers and the public regarding the COVID-19 vaccine: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2021; 21(1): 955.
10. FARES S, et al. COVID-19 vaccination perception and attitude among healthcare workers in Egypt. *Journal of Primary Care & Community Health*, 2021; 12: 21501327211013303.
11. FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS C, et al. Defining post-COVID symptoms (post-acute COVID, long COVID, persistent post-COVID): an integrative classification. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 18(5): 2621.
12. FERNANDEZ MV, et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS em Revista*, 2020; 2(2): 114-121.
13. GARCIA GPA, et al. Utilização de equipamentos de proteção individual para atendimento de pacientes com covid-19: revisão de escopo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2021; 42: e20200150.
14. GIOVANELLA L, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*, 2021; 44: 161-176.
15. KERR L, et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25: 4099-4120.
16. LIMA-COSTA MF, et al. Hesitação vacinal contra a COVID-19 em amostra nacional de idosos brasileiros: iniciativa ELSI-COVID, março de 2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2022; 31(1): e2021469.
17. MOROSINI MV, et al. Nota Técnica de 20 de julho de 2020. Sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. 2020.
18. ROCHA JO. “Coronavac chinesa”: uma análise discursiva de fake news sobre a vacinação da covid-19 checadas pela Agência Lupa. Dissertação (Mestrado) – 2022;
19. SANTANA EC, et al. Barreiras para a imunização na América Latina e COVID-19. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2022; 26: 102162.
20. SANTOS, JM; VERDI, M. Sofrimento moral vivenciado por trabalhadores da saúde em centros de triagem da COVID-19, Blumenau-SC, *Ciência & Saúde Coletiva*, 2025, v. 30, p. e08292023.

21. SOUZA JB, et al. Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2021; 55: e20210193.
22. VASCONCELOS PP. Fatores associados à adesão da vacinação contra covid-19 no período gestacional. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, 2023.
23. VIANA IS, et al. Hesitação vacinal de pais e familiares de crianças durante a pandemia de COVID-19. Rev Rene, 2023; 24: e89253.

5.3 Artigo 3

**A REINVENÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: impactos e respostas à pandemia de covid-19**

(Manuscrito ainda não submetido a periódico científico)

**A REINVENÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: impactos e
respostas à pandemia de covid-19**

**REINVENTING CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: impacts and responses to the
covid-19 pandemic**

**LA REINVENCIÓN DEL CUIDADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
impactos y respuestas a la pandemia de covid-19**

Francisca Laura Ferreira de Sousa Alves, Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, Ruth Helena de Souza Britto
Ferreira de Carvalho, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

RESUMO

A pandemia de covid-19 impactou diretamente os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), exigindo rápida reorganização dos processos de trabalho. Este estudo analisa as vivências de trabalhadores da APS durante a pandemia de covid-19. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em seis UBS de diferentes distritos de saúde de São Luís (MA), no período de setembro a novembro de 2022. Participaram de Grupos Focais 42 profissionais de saúde. Os dados foram analisados com o uso da técnica da análise de conteúdo. A análise foi organizada em três categorias principais. A primeira, “Efeitos da pandemia na gestão dos serviços”, evidencia a perspectiva de profissionais acerca da coordenação e planejamento integrado entre os níveis de gestão do SUS, que resultou em medidas como: fechamento de algumas unidades, falta de insumos, reorganizações do processo de trabalho e capacitação técnica dos profissionais. A segunda, “Pandemia e desvio do cuidado integral na APS”, mostra como a priorização do atendimento à covid-19 levou à redução de serviços essenciais, como pré-natal, vacinação, acompanhamento de doenças crônicas e visitas domiciliares, gerando agravamento de quadros de saúde e demandas reprimidas. Por fim, a terceira categoria, “Inventar para cuidar”, destaca as estratégias adotadas pelas equipes para manter o vínculo com os usuários e

reorganizar os atendimentos, como o uso do teleatendimento, busca ativa, readequação dos fluxos e do cuidado em rede. Apesar dos desafios impostos pela pandemia, as micropolíticas cotidianas das equipes da APS demonstraram resiliência e capacidade de reorganizar o cuidado, evidenciando o protagonismo dos profissionais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Processo de Trabalho em Saúde

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic directly impacted Primary Health Care (PHC) services, requiring a rapid reorganization of work processes. This study analyzes the experiences of PHC workers during the COVID-19 pandemic. It is a qualitative study conducted in six Basic Health Units (UBS) from different health districts of São Luís, through Focus Groups with 42 health professionals, between September and November 2022. Data were analyzed using content analysis technique. The analysis was organized into three main categories. The first, "Effects of the pandemic on service management", highlights professionals' perspectives on coordination and integrated planning across SUS management levels, resulting in measures such as the closure of some units, lack of supplies, reorganization of work processes, and inadequate technical training of professionals. The second category, "Interrupted/delayed attributes and focus on COVID-19", shows how prioritizing COVID-19 care led to a reduction in essential services such as prenatal care, vaccination, chronic disease follow-up, and home visits, resulting in worsening health conditions and unmet demands. Finally, the third category, "Inventing to care", highlights the creative strategies adopted by teams to maintain ties with users and reorganize care, such as the use of telehealth, active case finding, flow readjustments, and strengthening of network-based care. Despite the challenges posed by the pandemic, the everyday micropolitics of PHC teams demonstrated resilience and the ability to reorganize care, highlighting the central role of the professionals.

Keywords: Primary Health Care; COVID-19; Health Work Process.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o eixo estruturante da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela coordenação do cuidado, vigilância em saúde, territorialização e vínculo com os usuários. Com base em seus atributos fundamentais, como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação dos serviços, a APS foi pensada para responder de forma resolutiva às necessidades de saúde da população (LIMA, 2020).

Inicialmente, a resposta do Brasil à pandemia foi centrada na atenção hospitalar, com ênfase na ampliação de leitos e na aquisição de equipamentos como respiradores, atribuindo à APS um papel secundário (FERNANDEZ, 2020). Com o avanço da pandemia, no entanto, ficou evidente que a estratégia voltada exclusivamente para os serviços especializados era insuficiente para conter a disseminação do vírus, particularmente em um país de dimensões continentais e profundas desigualdades sociais (FACCHINI, 2020).

Diante desse cenário marcado pela rápida disseminação do vírus, sobrecarga dos sistemas de saúde, escassez de insumos e instabilidade nas diretrizes sanitárias, a APS foi também convocada a assumir o protagonismo na resposta comunitária à crise. Isto exigiu uma

profunda reorganização do processo de trabalho em saúde: redefinição de fluxos assistenciais, adaptação das rotinas às novas exigências sanitárias, uso de tecnologias digitais e ressignificação do vínculo com o território, especialmente em função do distanciamento físico e da suspensão das visitas domiciliares (VILELA, 2021; MACHADO, 2023).

Diante disso, tornou-se necessário adequar a estratégia nacional às realidades locais e à disponibilidade de recursos, reconhecendo a APS como pilar fundamental do SUS. Direcionar a resposta à pandemia para a atenção primária revelou-se essencial para atuar nos territórios, monitorar seus efeitos sobre a saúde da população em sentido ampliado, reduzir a transmissão do vírus e qualificar a resposta em saúde de forma mais equânime e integral (ENGSTROM, 2020).

À luz da perspectiva de Merhy (2002), essas transformações podem ser analisadas com base na noção de trabalho vivo em ato, que compreende o trabalho em saúde como uma produção realizada no encontro entre trabalhadores e usuários, permeada por elementos técnicos, subjetivos, relacionais e micropolíticos. O enfrentamento da pandemia exigiu dos profissionais da saúde não apenas a execução de protocolos, mas a reinvenção cotidiana do cuidado, em um contexto de incerteza, medo e esgotamento físico e emocional (SILVEIRA, 2020).

Dessa forma, a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia enfrentou a necessidade de adaptações dinâmicas em um cenário de escassez de recursos, descontinuidade das políticas públicas e precarização das condições laborais (MACHADO, 2023). Como destaca Merhy (2002), é no plano do trabalho vivo em ato que se concretizam as escolhas micropolíticas que sustentam a produção do cuidado, especialmente em situações de crise.

Compreender, a partir da visão dos profissionais de saúde, as respostas produzidas pela APS, no contexto de emergência sanitária, é essencial para o debate sobre estratégias de fortalecimento do setor e para o reconhecimento da potência do trabalho vivo na produção do cuidado no SUS. Assim, este artigo tem como objetivo analisar as vivências de profissionais da APS na reorganização do trabalho durante a pandemia de covid-19, destacando os desafios, estratégias e implicações micropolíticas desse processo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem analítica, voltado à compreensão das vivências de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no processo de reorganização do trabalho durante a pandemia de covid-19. Adotou-se

como referencial teórico-analítico o conceito de experiência, segundo Alves (1993), que entende a vivência como algo subjetivo, relacional e atravessado pelo contexto histórico e social. Essa abordagem permite acessar os sentidos atribuídos ao seu trabalho durante a pandemia de covid-19.

Além disso, utilizou-se o referencial de trabalho vivo em ato, de Merhy (2002), que permite analisar os modos como os profissionais reinventam práticas e reorganizam os processos de trabalho a partir das singularidades dos encontros e das necessidades do território, evidenciando a potência do trabalho em saúde que se dá para além dos protocolos prescritos.

A pesquisa foi realizada entre setembro e novembro de 2022, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas em São Luís, capital do Maranhão. O município, dividido em nove distritos sanitários, possui uma população estimada em 1.115.932 habitantes (2023), cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em torno de 60% e elevado grau de desigualdade social, evidenciado por um Índice de Gini de 0,536 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,768 (BRASIL, 2019).

Em 2019, segundo a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) do IBGE, apenas 8% da população de São Luís tinha plano de saúde médico ou odontológico. Logo, 92% não possuíam, dependendo exclusivamente dos serviços do SUS para tratamentos (BRASIL, 2019).

As unidades foram selecionadas de forma intencional a fim de contemplar diversidade de cenários: localização em diferentes distritos sanitários; ser referência (ou não) para atenção às síndromes gripais; ter uma ou mais equipe de saúde da família; localização em zona rural e urbana; contar (ou não) com equipe de saúde bucal; ter obtido diferentes resultados na avaliação externa do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); ter implantado (ou não) o programa Saúde na Hora.

A seleção dos profissionais participantes foi intermediada pela gestão de cada unidade de saúde, com base em critérios previamente definidos: integrantes de diferentes categorias da equipe da APS (ACS, técnicos de enfermagem e profissionais de nível superior), com atuação direta durante o período pandêmico. Profissionais em cargos de chefia, coordenação ou funções administrativas não foram incluídos.

A coleta de dados foi realizada por meio de Grupos Focais (GF), conduzidos presencialmente em seis UBS, em horários acordados com as equipes e em salas reservadas para garantir sigilo e conforto aos participantes. Cada grupo foi realizado em um único encontro, com duração média de duas horas. Ao todo, 42 profissionais participaram da pesquisa.

A equipe de coleta foi composta por três docentes da área da Saúde Coletiva, com experiência em pesquisa qualitativa e três estudantes de pós-graduação. As atividades de

entrevista, observação e registro das falas foram divididas entre os membros da equipe, visando à riqueza do material e à fidedignidade dos registros.

Antes do início de cada grupo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica. A entrevista coletiva seguiu roteiro semiestruturado com questões voltadas à percepção sobre as mudanças nos processos de trabalho, rotinas institucionais, vínculos com o território e com a comunidade, além das estratégias coletivas desenvolvidas para lidar com os desafios da pandemia.

Os encontros foram gravados, transcritos integralmente e organizados para análise por meio da técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposta por Bardin (2011). A leitura exhaustiva das transcrições possibilitou a identificação de núcleos de sentido relacionados às experiências dos profissionais com relação à reorganização do trabalho em saúde na APS, no contexto pandêmico, os quais foram posteriormente agrupados em categorias empíricas.

O presente estudo é um recorte do projeto intitulado "A pandemia da COVID-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão CAAE 35645120.9.0000.5086, sobre parecer de número 4.234.296, em 25 de agosto de 2020. Para garantir o anonimato, os depoimentos foram codificados com as iniciais da categoria profissional (M – médico(a); E – enfermeiro(a); T – técnico(a) de enfermagem; C – cirurgião-dentista; F – farmacêutico(a); A – agente comunitário de saúde), seguidas da ordem de fala e número da unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 42 profissionais que participaram dos grupos focais, 39 eram mulheres. A mediana de idade foi de 44,5 anos. Em relação ao estado civil, 32 viviam com companheiro, 8 eram solteiros e 2, divorciados. Quanto à autodeclaração racial, 22 participantes se identificaram como pardos, 7 como pretos e 13 como brancos. Em termos de categoria profissional, participaram 21 agentes comunitários de saúde (ACS), 11 enfermeiros, 7 médicos, 2 técnicos de enfermagem, 1 cirurgião-dentista e 1 farmacêutico. O tempo mediano de atuação na Unidade Básica de Saúde foi de 13 anos, sendo os ACS a categoria com maior tempo de trabalho acumulado no serviço.

A partir da análise dos relatos dos profissionais da APS, emergiram três categorias empíricas que expressam os múltiplos sentidos da reorganização do trabalho durante a pandemia de covid-19.

A primeira categoria, “Efeitos da pandemia na gestão dos serviços”, revela mudanças como o fechamento de unidades de saúde, improvisação de fluxos, escassez de EPI e uma gestão municipal e estadual distanciada dos problemas vivenciados na assistência. Na segunda categoria, “Pandemia e desvio do cuidado integral na APS”, emergem os efeitos da suspensão das práticas contínuas da APS, como visitas domiciliares, ações de promoção da saúde e acompanhamento de pacientes crônicos. A pandemia impôs uma reorientação do trabalho, provocando lacunas assistenciais e comprometendo o vínculo longitudinal com os usuários. Por fim, a categoria “Inventar para Cuidar” destaca as estratégias criadas pelos profissionais diante da precariedade e da urgência. Para contextualizar o leitor, inicialmente será apresentado um breve histórico do funcionamento da APS durante a pandemia

APS em São Luís na pandemia de covid-19

No início da pandemia de covid-19, a Atenção Primária à Saúde (APS) de São Luís passou por alterações significativas na sua organização. Parte das 58 Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi fechada, e as unidades que permaneceram abertas passaram a atender quase que exclusivamente pessoas com sintomas respiratórios. Posteriormente, as UBS foram reabertas, e a Secretaria Municipal de Saúde designou 12 unidades específicas para atendimento de síndromes gripais.

Essa mudança implicou o deslocamento de usuários para outras unidades, que não eram referência, para a realização de consultas, vacinação e acompanhamento de condições crônicas. Em algumas UBS, buscou-se separar fluxos de entrada e atendimento para sintomáticos e não sintomáticos, e, quando possível, foram instaladas tendas externas para triagem.

Houve remanejamento de profissionais entre unidades, bem como adaptações na infraestrutura para atender às novas demandas. Além disso alguns profissionais foram remanejados de função, como os ACS que ficaram impossibilitados de realizarem as visitas domiciliares e passaram a ajudar a organizar a chegada e triagem dos pacientes.

Ao longo do período, as unidades mantiveram ajustes nos fluxos de atendimento, reorganizando serviços para contemplar tanto casos de covid-19 quanto outras necessidades de saúde da população.

Efeitos da pandemia na gestão dos serviços

A pandemia de covid-19 trouxe um cenário de incertezas e exigiu respostas rápidas de todos os níveis de gestão do SUS, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Diante de uma situação inédita, sem protocolos consolidados e com informações em constante atualização, decisões precisaram ser tomadas de forma ágil para tentar organizar o cuidado nos

territórios. Profissionais e gestores, em diferentes esferas, se viram diante de desafios como atrasos na distribuição de insumos e orientações divergentes, ajustando suas estratégias conforme novos dados surgiam. Esse contexto demandou constante adaptação e diálogo entre as equipes para buscar caminhos possíveis de enfrentamento à crise sanitária.

O relato abaixo exemplifica como, diante da incerteza, gestores adotaram estratégias como o fechamento das unidades, deixando comunidades desassistidas:

“Na verdade, foi assim, nem a secretaria sabia como fazer o fluxo. Eles fecharam todas as unidades. Todos, gestantes, crianças, vacinas, ficaram tudo fechado. Aí, as unidades que ficaram abertas eram para atender assintomático e sintomático”. E-5-3

Essa desarticulação expressa uma fragilidade histórica da gestão do SUS, já apontada por Donnangelo (1991), que analisou as contradições entre o modelo assistencial proposto e sua efetivação concreta, muitas vezes marcada por desigualdades e descontinuidade.

Após esse primeiro impacto provocado pela explosão de casos de covid-19, as UBS passaram por um processo de reorganização. Algumas unidades que haviam sido inicialmente fechadas foram reabertas. Isso revela um movimento de tentativa da gestão municipal em se adequar a uma situação inusitada, não prevista nos planejamentos habituais. Esses ajustes sucessivos não devem ser vistos apenas como expressão de fragilidades da APS, mas, sobretudo, como esforços de uma gestão desafiada a responder, em tempo real, a uma emergência sanitária de proporções inéditas. Nesse processo, erros e acertos coexistiram, refletindo a complexidade do contexto vivido (VILAR, 2023).

A comunicação das decisões com as equipes de saúde e com os usuários, no entanto, nem sempre se deu de forma clara ou articulada, o que gerava desencontros entre gestão, assistência e comunidade. Esses desafios evidenciam as dificuldades de governança em tempos de crise e, ao mesmo tempo, a potência inventiva dos profissionais da APS, que precisaram se reinventar cotidianamente para garantir o cuidado em meio à instabilidade (OCTÁVIO, 2010).

Além das mudanças iniciais, a Secretaria Municipal de Saúde designou algumas UBS como unidades exclusivas para o atendimento de síndromes gripais, ou seja, para acolher somente pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado de covid-19. Como consequência, os usuários cujas UBS foram eleitas para esse atendimento exclusivo foram deslocados para outras unidades de saúde para buscar atendimento às demais demandas assistenciais, como consultas de rotina, vacinação e acompanhamento de doenças crônicas.

Esse deslocamento dos usuários foi comunicado principalmente por meio das redes sociais e, em alguns casos, apenas no momento em que as pessoas compareciam às unidades, gerando certa confusão e necessidade de adaptação. Paralelamente, alguns profissionais foram remanejados entre unidades para atender às novas demandas e à reorganização dos serviços.

As UBS que mantiveram o atendimento à demanda espontânea, aos pacientes com condições crônicas e aos casos de covid-19 buscaram adaptar seus fluxos de atendimento conforme as possibilidades de sua infraestrutura física, com o objetivo de evitar aglomerações e reduzir os riscos de contaminação. Quando o espaço permitia, foi possível organizar acessos distintos: uma entrada para pacientes com sintomas respiratórios e outra para os demais atendimentos.

“Separaram a entrada da unidade para sintomático respiratório e outras queixas. Foi quando os pacientes começaram a voltar, e aí entravam por um lado, por outro lado sintomático respiratório, fazendo ficha separado e os outros por outra porta.” A-2-5

No entanto, essa separação nem sempre foi viável, e em muitas unidades pacientes com suspeita de covid-19 compartilhavam os mesmos ambientes de espera com gestantes, idosos e pessoas com condições crônicas em busca de atendimento de rotina. Algumas UBS buscaram alternativas, como a instalação de tendas externas para triagem e acolhimento de sintomáticos, de modo a preservar os espaços internos para pacientes sem sintomas, estratégia considerada positiva por parte das equipes. Contudo, questões como as chuvas e a limitação de espaço acabavam levando novamente à aglomeração no interior das unidades. E os profissionais temiam a contaminação de usuários nas unidades de saúde devido a aglomeração, porém sentiam-se pressionados para atender a demanda, já que não viam outra alternativa para contornar tal situação.

“A gente vai atender. Lá na recepção, tem gente tossindo perto de gente, gestante, paciente de pediatria...” M-8-2

“Sem falar que quando o pessoal estava atendendo lá fora, quando chovia ficava aquela aglomeração toda nessa parte da recepção que não tem cadeira. Ficava uma coisa ali mesmo que não tinha como não ter contágio. Se alguém tivesse com covid porque era aglomeração. Chovia, o pessoal saía do espaço pra se proteger da chuva. Não tinha como a pessoa não se contaminar porque apareciam muitos positivos e ninguém sabia quem era quem e ficava naquela aglomeração.” E-3-6

Essa capacidade de reorganização local, mesmo em meio à escassez de recursos, reflete o que Merhy (2002) denomina de "micropolítica do trabalho em saúde", na qual os trabalhadores exercem uma agência inventiva para manter o cuidado possível, mesmo sob condições adversas. Essa capacidade de reorganização local, mesmo em condições de escassez, se manifestou entre trabalhadores que não exerciam funções formais de gestão. Atuando na linha de frente, esses profissionais precisaram decidir, no cotidiano, como ajustar condutas,

reorganizar fluxos e redistribuir tarefas para responder às demandas emergentes. Muitas vezes, essas decisões implicaram ultrapassar protocolos ou adaptá-los às condições reais, com o objetivo de manter o cuidado e a segurança possíveis diante das limitações existentes em cada unidade.

Além disso, os profissionais relataram que a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) marcou o cotidiano de trabalho na APS durante a pandemia, impondo desafios práticos à realização segura das atividades. A distribuição limitada de insumos, como uma única máscara N95 para uso prolongado, e a falta de capotes em quantidade suficiente levaram os profissionais a lidarem com situações em que era necessário improvisar ou reutilizar materiais de proteção, frequentemente contrariando as recomendações sanitárias.

“Mandava uma N95 para vinte dias.” E-7-1

“Eu comecei a trabalhar com máscara de pano.” E-9-3

“Mas eu lembro que teve momentos em que faltava EPI, a gente queria usar capote não tinha...se a gente usasse um capote pra entrar no serviço, tirar, botar de novo o mesmo, entrar de novo. Eu falei: não, não vou fazer isso, tanto eu vou me contaminar como estarei contaminando.” M-1-3

A escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) não era uma realidade exclusiva de São Luís, mas um desafio observado em diferentes regiões do país e do mundo, especialmente nos primeiros meses da pandemia, quando a aquisição desses materiais se tornou difícil devido à alta demanda global (SILVA, 2021). Nesse contexto, os profissionais da APS precisaram se reinventar para manter as atividades de forma segura, adaptando o uso dos insumos disponíveis, prolongando sua utilização e, em alguns casos, recorrendo a alternativas provisórias. Essas estratégias foram sendo construídas coletivamente no cotidiano de trabalho, buscando conciliar a proteção dos trabalhadores e dos usuários com as condições concretas de cada unidade.

Todavia, quando faltam recursos para garantir essa separação, não é apenas a logística que falha: falha também o pacto social e político que sustenta o cuidado como direito. Mendes (2011) reforça que a APS deve ser entendida como ordenadora do cuidado, mas para isso precisa de retaguarda material e simbólica, o que, na pandemia, foi em grande parte negligenciado pelas instâncias gestoras.

A oferta limitada, a descontinuidade e, em diversos casos, a inadequação das formações presenciais, práticas ou adaptadas às especificidades locais influenciaram a assimilação dos protocolos e o domínio técnico sobre o uso correto dos EPIs, o manejo de casos suspeitos e os

fluxos assistenciais emergenciais. Essa situação afetou aspectos relacionados à segurança no cuidado, à sensação de preparo das equipes e à capacidade de resposta organizada às novas demandas do trabalho em saúde. Em um contexto marcado pela incerteza, a redução nas capacitações acrescentou-se a outras fragilidades estruturais, levando os trabalhadores a adaptarem suas práticas frequentemente na ausência de um suporte técnico mais consistente e sistematizado.

“Outra questão, capacitação a gente não teve... eu recebi por e-mail, eu recebi do ministério da saúde, é, um questionário sobre; Brasil conta comigo, se não me engano. Então, sobre estar disponível ou não para ser transferida, e as capacitações, eu recebi três aulas, três aulas sobre covid, sobre EPI de como usar, como, assim, fluxo eu recebi três aulas do ministério da saúde por e-mail, eu recebi” E-6-1

Essa lacuna formativa comprometeu não apenas a segurança do cuidado e o uso adequado dos EPIs, mas também a confiança e o preparo subjetivo dos trabalhadores frente à crise. Como analisa Minayo (2021), a incerteza, somada à ausência de informações sistematizadas, desestabiliza o trabalho em saúde, pois afeta diretamente a percepção de risco, a tomada de decisão clínica e a coesão das equipes.

A ausência de uma coordenação articulada entre os diferentes níveis de gestão, aliada à sobrecarga nas unidades e às adaptações diante da escassez de EPIs e capacitações, configurou um contexto de atuação caracterizado principalmente por esforços locais, em vez de uma resposta sistêmica coordenada. Essas condições influenciaram diretamente a continuidade dos serviços, fazendo com que as equipes precisassem lidar diariamente com decisões complexas entre o que podia ser realizado e o que foi necessário interromper. A seguir, serão explorados os desdobramentos desse cenário na APS, marcado por interrupções e reduções nos cuidados oferecidos.

Pandemia como desvio do cuidado integral na APS

A chegada abrupta da pandemia desencadeou uma suspensão quase generalizada dos serviços considerados de rotina nas UBS. Atividades como vacinação, atendimentos odontológicos e acompanhamentos regulares de condições crônicas ou do ciclo de vida foram suspensos nos primeiros meses da pandemia. Nesse contexto, a APS passou por uma descontinuidade no cuidado, e os atendimentos foram reduzidos ao essencial ou emergencial, deixando descobertas diversas demandas absorvidas por esse nível de atenção.

Essa suspensão temporária, ainda que justificada pela urgência sanitária, teve efeitos significativos no acompanhamento dos usuários, sobretudo em populações vulnerabilizadas e com necessidades contínuas de atenção. Além disso, a interrupção desses serviços e o consequente esvaziamento das unidades, contribuíram para o agravamento de demandas represadas e o acúmulo de problemas de saúde que poderiam ter sido prevenidos ou controlados com o acompanhamento contínuo. Assim, o cuidado, elemento estruturante da APS, foi parcial ou totalmente interrompido, marcando um período em que as prioridades assistenciais foram redefinidas em função da crise sanitária, em detrimento da integralidade.

“No primeiro momento, impactante quando a bomba estourou, foi suspenso vacina, foi suspenso tudo, até se readaptar e poder atender a demanda de acordo com a necessidade do momento.” E-6-3

“Nesse período da pandemia praticamente não vinha ninguém para acompanhamento.” E-2-1

A pandemia produziu um deslocamento abrupto da prática assistencial: a APS, historicamente comprometida com o cuidado integral e contínuo, viu-se subitamente reorganizada para atender prioritariamente a demandas relacionadas à covid-19. Boaventura (2007) ajuda a compreender essas exclusões a partir da noção de “sociologia das ausências”. Para o autor, determinadas realidades são produzidas como “ausentes” ou “irrelevantes” quando não são reconhecidas pelos sistemas dominantes de saber e poder.

Nesse contexto, isso significa que, ao priorizar exclusivamente a resposta à covid-19, o sistema acabou invisibilizando outras necessidades fundamentais da população, como o acompanhamento de gestantes, crianças e pacientes crônicos. Esses sujeitos e suas demandas foram, simbolicamente, colocados à margem do projeto de cuidado. Não porque deixaram de existir, mas porque não cabiam nas prioridades instituídas pelas novas diretrizes emergenciais (TEMPORÃO, 2021).

Durante a pandemia, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi profundamente alterado. Seguindo orientações do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais, as visitas domiciliares foram suspensas, interrompendo temporariamente uma das principais estratégias de vínculo entre equipe de saúde e comunidade. E os ACS passaram a atuar dentro das unidades, apoiando a equipe com tarefas administrativas e atendimento remoto. Quando retomaram as ações no território, priorizaram casos mais urgentes, mantendo o distanciamento e evitando entrar nas casas. Essas mudanças limitaram sua atuação comunitária e transformaram temporariamente sua função dentro da APS.

“Sim, no meio da pandemia quando fechou, secretária e ministério suspendeu assim, as agentes de saúde, todas as agentes de saúde.” A-5-2

“A gente fazia visita, mas não entrava no domicílio, no início não, quando foram suspensos. Mas quando voltou, depois de uns três meses da pandemia que a gente voltou pra área, a gente não entrava nos domicílios.” A-4-1

Além de todos esses fatores, a alta demanda por testagem dos casos de covid-19 fez com que grande parte da equipe de enfermagem fosse remanejada exclusivamente para esse fim. Os programas contínuos preconizados pelo Ministério da Saúde voltados à saúde de crianças, adolescentes, idosos e gestantes foram interrompidos ou severamente prejudicados. A perda de ações educativas e de promoção à saúde, tradicionalmente realizadas em grupos e atividades coletivas, também é destacada como uma das maiores rupturas no modelo da APS. A maioria dos profissionais foi direcionada prioritariamente para as demandas relacionadas à covid-19, como atendimento de pacientes sintomáticos, testagem e vacinação, chegando, em alguns casos, a realizar atendimentos de quase 100 pessoas em um único dia, todos vinculados à pandemia.

“A equipe de enfermagem saiu todo mundo do consultório, 100% saíram de consultório e foram fazer só teste rápido.” E-2-1

“Mas aqueles programas mesmo como recomenda o ministério da saúde para fazer o acompanhamento não tava sendo feito, nem da criança, nem do adolescente, nem do idoso, nem da gestante.” M-4-5

“Agora assim, eu acho que a principal perda que tivemos com a pandemia, foi esse contato direto.” E-2-1

Foucault (2008) contribui para a leitura desse fenômeno ao analisar como, em situações de crise, o poder se exerce por meio da biopolítica: decisões sobre quem deve ser protegido, quem pode ser deixado à margem e como o Estado administra a vida e a morte. A APS, espaço privilegiado da política pública de saúde, foi tensionada entre a lógica da proteção coletiva e a urgência das vidas individuais que seguiam demandando cuidados. A gestão local, diante do vácuo institucional mais amplo, operou em modo de contingência.

A reorganização dos fluxos e a retomada gradual dos atendimentos, com limitação de vagas e horários agendados, foram insuficientes para recuperar plenamente os vínculos e o seguimento necessário. Muitos usuários, sobretudo os mais vulneráveis, deixaram de procurar

os serviços por medo ou falta de acesso, resultando em quadros descompensados e no reaparecimento de doenças antes controladas:

“Por isso que deu essa quebra no atendimento. A gente perdeu muitos pacientes de hanseníase, tuberculose, crianças não foram atendidas.” E-2-1

“Quando a gente voltou a atender gestantes, não foi mais com a mesma quantidade de consultas anterior, né, era menor quantidade.” E-1-3

“Tudo que ficou reprimido, de hanseníase de tuberculose, de hipertenso de hipertensos, todos estão descompensados.” E-3-1

Esse mesmo efeito foi percebido nos estudos de Noronha (2020), no qual foi identificado que o efeito combinado da crise sanitária e da falta de respostas organizadas por parte do sistema gerou o que os autores denominam de "demanda represada": uma população adoecida que não conseguiu acessar o cuidado no momento oportuno e que retorna ao sistema em condições agravadas. Isso compromete a capacidade resolutiva da APS e reforça o ciclo de iniquidades em saúde.

A redução dos serviços não se deu apenas pela interrupção dos serviços, algumas pessoas deixaram de procurar as UBS pelo receio de frequentar os espaços de saúde. Como as gestantes, por exemplo, que temendo a exposição ao vírus e possíveis consequências para si e para seus bebês, o que gerou descontinuidades no acompanhamento e impactos posteriores na saúde materno-infantil, demonstrando como o medo e a insegurança também atuaram como barreiras de acesso ao cuidado.

“Certo, inicialmente o pré natal nunca terminou aqui, a gente sempre continuou com o pré natal, o fluxo reduziu por uma questão de demanda das pacientes mesmo, então eu acho que com medo de vim pra unidade, grávida, medo de Covid, não sabe se vai passar pro filho.” E-1-3

“Era o próprio público que não comparecia, não vinha, e aí tem consequência por conta disso.” E-5-3

Essa descontinuidade afetou diretamente a vigilância em saúde e a longitudinalidade, pilares fundamentais da APS. As perdas acumuladas ainda reverberam: aumento de diagnósticos tardios, agravamento de condições pré-existentes, retorno tímido dos usuários e aumento da vulnerabilidade de grupos já fragilizados.

“É tão tal que a gente hoje tem consequência por conta disso, o hipertenso, diabético não veio, o próprio pré-natal ficou ... hoje temos crianças por conta de um pré-natal mal feito, naquele período que não se vinha pra consulta, hoje temos crianças com problemas.” M-1-2

“Antigamente a gente tinha um caso de tuberculose na unidade, hoje em dia a gente tá com 10 ou 9, uns 6, ficou reprimido se as pessoas, eu tenho uma hipótese; as pessoas tão procurando pensam que é covid aí pede um exame e vem outra coisa, diagnostico.” E-3-1

Essa dinâmica escancara como o acesso aos serviços de saúde não se dá apenas por infraestrutura física ou disponibilidade de agendas, mas envolve dimensões socioculturais, emocionais e relacionais, como bem aponta Ayres (2004), ao propor que o cuidado em saúde deve ser entendido como um processo que integra dimensões técnicas, éticas e intersubjetivas. Assim, o medo torna-se, ele próprio, um determinante social da saúde em contextos de crise sanitária, desafiando as noções tradicionais de oferta versus procura.

Esse esvaziamento do cuidado cotidiano, somado à sobrecarga gerada pelas demandas da covid-19, deixou rastros visíveis na saúde da população: agravamento de doenças, diagnósticos tardios e sobreposição de problemas anteriormente controlados. Com isso, evidenciou-se que, ao colocar o cuidado habitual em suspenso, a pandemia não apenas desorganizou fluxos e agendas, mas interrompeu vínculos, enfraqueceu ações de prevenção e deixou marcas profundas que ainda exigem resposta do sistema.

Inventar para Cuidar

Apesar do cenário adverso, os trabalhadores da APS mobilizaram saberes, experiências e afetos para sustentar o cuidado. Essa categoria reúne as estratégias criativas de reorganização do trabalho, nas quais se evidenciam o compromisso ético e político com a população.

No cenário pós-crise aguda da pandemia, emergiu entre os profissionais da APS a necessidade de reconstruir os vínculos com a população e reorganizar as práticas assistenciais. A metáfora de "arrumar a casa", utilizada por uma das trabalhadoras, sintetiza não apenas o esforço logístico de retomar serviços interrompidos, mas também o compromisso ético com os sujeitos que ficaram à margem do cuidado durante a emergência sanitária. As falas revelam o esforço cotidiano de criar rotinas mais seguras, reinventar formas de atendimento e adaptar-se à nova realidade.

“Eu só queria falar assim, que agora é hora da gente arrumar a casa, ou seja, cuidar das pessoas que ficaram, os órfãos da Covid e dos problemas que ela deixou. Como

agora a gente tá tendo casas de pólio mas ainda não foi confirmado, ou não. Mas muitas crianças deixaram de se vacinar e a gente não sabe se essas doenças vão retornar. Então é hora da gente limpar a casa. Limpar o furacão que passou. E ficar mais atento.” E-1-3

A metáfora de "arrumar a casa", trazida por uma profissional, sintetiza esse momento de reconstrução: mais do que uma reorganização técnica dos serviços, trata-se de um gesto ético-político, voltado à reparação dos vínculos rompidos, à retomada dos acompanhamentos negligenciados e à escuta das novas demandas produzidas pela pandemia. Nesse movimento, o improvisado se apresenta não como algo improvisado no sentido pejorativo, malfeito ou desordenado, mas como resposta prática, sensível e situada diante de uma realidade em constante mutação.

Essa concepção dialoga diretamente com a abordagem de Octávio Bonet (2010), ao deslocar a ideia de improvisado do campo da precariedade e da desorganização para o da inventividade. Para o autor, improvisar é operar com os recursos disponíveis em contextos de urgência, ativando saberes práticos que não se encontram nos protocolos, mas na experiência concreta de lidar com o outro, no tempo do encontro. É nesse sentido que o improvisado revela sua potência: não como falta de planejamento, mas como inteligência situada, como criação tática diante de um cotidiano instável.

Esse período exigiu das equipes criatividade para restabelecer o acompanhamento, especialmente dos usuários com condições crônicas. A adoção do teleatendimento foi uma das estratégias desenvolvidas nesse contexto. Relatos mostram como, com apoio da Secretaria de Saúde, os profissionais organizaram agendas médicas específicas para ligações telefônicas e tentativas de videochamada com pacientes, intermediadas pelos agentes comunitários de saúde. Apesar de entraves técnicos, como falhas de internet e dificuldades dos idosos com dispositivos, a experiência revelou-se valiosa na manutenção de vínculos e continuidade do cuidado. O teleatendimento surgiu como uma forma de escuta, acolhimento e orientação em meio ao isolamento.

“Veio um celular da secretaria de saúde. A gente iniciou com pacientes hipertensos, diabéticos. Eles faziam aquela ligação, foi separado na agenda os médicos para os dias específicos para teleatendimento. Ai vinha os problemas estruturais, internet não funcionava.” E-3-1

“E os pacientes gostavam. Eles agradeciam muito quando ligávamos; as vezes retornavam. Como era institucional, até o horário que a gente estava aqui, ele ficava aqui na direção. Então eles ligavam; agradeciam; agradeciam pelas orientações que

as vezes a gente reforçava alguns cuidados que eles tinham que ter em casa... eles gostavam muito! Eles adoravam! Elogiaram muito essa iniciativa! Porque eles se sentiam valorizados: 'poxa, estão lembrando de mim'; 'se preocupou comigo'." M-3-2

Mesmo com as limitações de acesso presencial e as medidas de distanciamento, os ACS buscaram formas de garantir que usuários com condições crônicas, como hipertensos e diabéticos, não ficassem desassistidos. A entrega de medicamentos nas casas dos pacientes, especialmente dos mais vulneráveis, funcionou como uma estratégia concreta para reduzir deslocamentos, minimizar o risco de contágio e assegurar a continuidade do tratamento:

"Os agentes comunitários de saúde muitas das vezes iam com a receita e deixava a medicação para que ele não fosse na UBS." A-5-4

A atuação dos trabalhadores da APS durante e após a fase aguda da pandemia revela competência relacional e operativa. O cuidado, nesse contexto, não é apenas execução técnica, mas produção artesanal, moldada pela escuta, pela intuição e pela responsabilidade compartilhada com a vida do outro. Como observa Campos (2000), o trabalho em saúde é sempre coletivo e implicado; ele demanda negociação, pactuação e, muitas vezes, reinvenção das práticas.

A reabertura dos serviços não significou uma volta imediata à normalidade, os profissionais observaram uma diferença marcante na velocidade de retorno de determinados públicos, especialmente os idosos e pessoas com doenças crônicas, cuja frequência às consultas permaneceu abaixo do que era antes da pandemia, possivelmente por medo persistente de contaminação, a cobertura vacinal infantil também foi impactada. Esse cenário demonstra que a reorganização do trabalho na APS envolveu mais do que reabrir portas: exigiu reconstruir laços com a comunidade, reorganizar fluxos, reinventar práticas e, em muitos casos, operar com menos recursos humanos do que antes.

"Depois que a gente deixou de ser referência de síndromes respiratórias, aí a gente voltou a atender normal. Pré-natal... Voltamos a atender crianças... os que demoraram demais a retornar foram justamente os idosos, hipertensos e diabéticos, até hoje eles não vêm no quantitativo que eles vinham antes da Pandemia. Deve ser porque até hoje eles ainda têm medo. O número de idosos que vêm é muito inferior ao que vinha antes." M-3-2

"Foi abrindo aos poucos, à medida que foram diminuindo os casos, as informações foram chegando, a gente também começou a ficar um pouco mais seguro porque a

cada semana as informações iam chegando, aí a gente ia repassando e essa tranquilidade foi chegando até os pacientes, então eles começaram a voltar.” M-1-2

Além disso, práticas de cuidado foram incorporadas ao cotidiano, como o reforço de medidas preventivas (uso correto de máscaras e aplicação de álcool em gel) e ações educativas realizadas diretamente pelos profissionais, revelando uma atuação proativa diante da vulnerabilidade dos grupos atendidos. Foi feito também agendamento restrito de horários, com o intuito de evitar aglomerações, especialmente em atendimentos mais sensíveis como o pré-natal. Ao perceber que parte dos usuários havia se acomodado ou mantinha receios de retornar à unidade, alguns profissionais passaram a realizar busca ativa, reafirmando o compromisso com o cuidado contínuo e a reconstrução dos vínculos entre o serviço e o território. Esses movimentos mostram que, mesmo diante das adversidades, os trabalhadores da APS buscaram alternativas para manter o cuidado próximo e responsivo às necessidades da população.

“A gente tomava todo cuidado principalmente com elas, a gente não deixava de jeito nenhum, as vezes tinha quem esquecia a máscara, eu pegava e botava nelas. A preocupação com álcool em gel antes e depois do atendimento, eu mesma fazia esse trabalho, botava álcool em gel nas mãozinhas delas, fazia palestras também para orientá-las, até porque na gestação a imunidade fica bem mais baixa.” M-1-2

“Só agendava seis para não ficar aglomerado. Os horários certinhos eram agendados para não irem 10, 15, não, eram só 6.” E-3-3

“Aí depois eu fui fazer o trabalho contrário, eu fui atrás deles porque eles estavam tão acomodados, tá tão bom, não vem mais, né? Aí eu disse que vou fazer o contrário, fui fazer a busca ativa deles pra retornar.” E-3-3

A pandemia deixou não apenas marcas no cotidiano, mas também legados na forma como o trabalho em saúde é pensado e realizado, sinalizando transformações que tendem a se manter como práticas permanentes. Como o uso de EPI, especialmente a máscara N95 e o face shield, que inicialmente foram incorporados como resposta emergencial à crise sanitária e passou a ser ressignificado como parte da rotina assistencial mesmo após a fase crítica da pandemia. Indicando uma ampliação da consciência sobre os riscos biológicos presentes no ambiente clínico. O depoimento de uma profissional que substituiu definitivamente os óculos pelo face shield e não cogita voltar atrás, reflete uma internalização das medidas de segurança como parte inseparável do cuidado.

“No meu caso, antigamente eu usava máscara assim, comum e óculos. Hoje em dia, eu sou adapta a máscara N95 e face shield. Pra mim é imprescindível, larguei óculos e só atendo com face shield”. M-1-2

A incorporação de medidas de segurança, como o uso contínuo de EPIs (especialmente máscaras N95 e face shields), a restrição de número de atendimentos por turno e o reforço de práticas educativas (como palestras e cuidados com álcool em gel) também revelam uma ampliação da consciência coletiva sobre os riscos biológicos inerentes ao cuidado em saúde. Estudos recentes mostram que essas mudanças foram internalizadas como parte da nova cultura do cuidado em vários territórios da APS brasileira (CASTRO, 2022; LIMA, 2022).

A pandemia também produziu efeitos simbólicos importantes no cotidiano dos trabalhadores, que em meio ao caos e à sobrecarga, relataram que, pela primeira vez, sentiram-se reconhecidos pela sociedade e pelos usuários como parte central da engrenagem do cuidado em saúde. A ideia de “ser visto” emergiu como uma marca subjetiva potente. O trabalho dos profissionais deixou de ser percebido apenas como execução técnica e passou a ser valorizado também pela sua dimensão humana. Esse reconhecimento público, mesmo que parcial e transitório, repercutiu diretamente no sentimento de pertencimento e importância das equipes.

“Foi um período que a gente conseguiu ser visto. Conseguiram perceber que o SUS tinha influência sobre a saúde porque se pensava só no privado principalmente depois que foi introduzido a vacina. Porque a vacina veio para o SUS, ela não veio para o privado. Então assim, eu acho que a gente consegui ser visto durante o tempo.” E-2-1

“As pessoas conseguiram visualizar a gente diferente. Eu acho que a gente se sentiu um pouco maior do que a gente costumava ser visto.” E-5-3

A pandemia desvelou, aos olhos da população, a centralidade do SUS como articulador das respostas sanitárias. Como enfatizado nas falas, esse reconhecimento contrastou com a visão anterior que associava cuidado em saúde de qualidade ao setor privado. Estudos como o de Ventura et al. (2021) mostram que a pandemia serviu de vitrine para as ações do SUS, tornando visíveis práticas e profissionais até então invisibilizados.

Boaventura (2020) contribui para esse entendimento ao afirmar que a pandemia foi uma "epifania da desigualdade", mas também da potência das instituições públicas, que mesmo sucateadas, conseguiram sustentar o cuidado cotidiano. Esse processo de visibilização, segundo o autor, abre espaço para a reinvenção de um novo pacto social, onde os trabalhadores da saúde são reconhecidos como sujeitos políticos e não apenas técnicos.

Essas reinvenções não apenas garantiram cuidado emergencial, mas também lançaram luz sobre possibilidades futuras de reorganização da APS. A pandemia revelou, com dor, que é no território e através do vínculo que o cuidado em saúde se torna efetivo e transformador.

CONCLUSÃO

A análise da reorganização do trabalho na APS durante a pandemia de covid-19 revelou um cenário de profundas tensões e reinvenções. Longe de um retorno simples à normalidade, o processo de reabertura das unidades exigiu muito mais do que o cumprimento de protocolos sanitários: implicou reconstruir vínculos afetivos, sociais e institucionais com os usuários, sobretudo os mais vulnerabilizados.

As estratégias adotadas, como o agendamento restrito, a busca ativa e as ações educativas, evidenciaram o protagonismo dos trabalhadores da APS na reinvenção cotidiana do cuidado, mesmo diante de escassez de recursos humanos e materiais. A pandemia impôs desafios que transcenderam o campo técnico, exigindo criatividade, escuta sensível e compromisso ético com o território. Em muitos casos, a reorganização do cuidado se deu pela via da micropolítica: na improvisação responsável, na solidariedade interprofissional e no manejo sensível das inseguranças dos usuários e das equipes.

Ao mesmo tempo, o período foi marcado por uma experiência simbólica de reconhecimento. Profissionais relataram, pela primeira vez, sentirem-se vistos e valorizados por sua atuação, revelando o quanto a pandemia reconfigurou o lugar social do trabalho em saúde e ativou formas de pertencimento que podem fortalecer a identidade coletiva do SUS. Essa dimensão subjetiva e política do cuidado, muitas vezes ignorada em análises centradas apenas em indicadores de produtividade, mostrou-se fundamental para compreender os efeitos da crise sanitária sobre os trabalhadores.

Dessa forma, este estudo aponta que os aprendizados da pandemia não devem ser descartados com o fim da emergência sanitária. As práticas e saberes construídos, muitas vezes a partir da dor e da escassez, precisam ser reconhecidos como patrimônio vivo do SUS. Investir na escuta das equipes, no fortalecimento da rede de apoio e na valorização das estratégias locais é essencial para sustentar uma APS responsiva, territorializada e ética, capaz de enfrentar não apenas as pandemias, mas também as iniquidades que cotidianamente desafiam o direito à saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, p. 263-271, 1993.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
- BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS. *A cruel pedagogia do vírus*. São Paulo: Boitempo, 2020.
- BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *PNAD Contínua*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- CASTRO, Rosana Aparecida; BENEVIDES, Regina Maria de Oliveira; GOMES, Marcia Thereza Couto. Gênero e Saúde: reflexões para o fortalecimento do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, e00002522, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002522>
- DA SILVEIRA, João Paulo Mello; ZONTA, Ronaldo. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. *APS em Revista*, v. 2, n. 2, p. 91-96, 2020.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1991.
- ENGSTROM, E.; MELO, E.; GIOVANELLA, L.; MENDES, A.; GRABOIS, V.;
- MENDONÇA, M. H. M. D. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19, 2020.
- FACCHINI, L. A. COVID-19: nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? *APS em Revista*, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2020.
- FERNANDEZ, M. V.; CASTRO, D. M.; FERNANDES, L. D. M. M.; ALVES, I. C. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS em Revista*, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020.
- FERRAZ, Marília Louvison et al. Reorganização do trabalho na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: estratégias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 957-968, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.43342021>
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- LIMA, Renata Trajano et al. A COVID-19 e o trabalho na Atenção Primária à Saúde: repercussões e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 114-129, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E408>
- LIMA, Renata Trajano et al. Inovação em saúde e produção de cuidado: lições da pandemia de COVID-19 na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. e210409, 2022. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210409>

- MACHADO, Antônio Vieira et al. COVID-19 e os sistemas de saúde do Brasil e do mundo: repercussões das condições de trabalho e de saúde dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 2965-2978, 2023.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011.
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2021.
- NORONHA, José Antonio Puppim de et al. Pandemia de COVID-19, crise sanitária e políticas públicas: o papel da vigilância em saúde e da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, e00151920, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151920>
- OCTÁVIO, Bonet de. A escuta ética na clínica: entre a técnica e o encontro. *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 2, n. 1, p. 62–70, 2010.
- SILVA, Rafael Carlos da et al. Condições de trabalho e falta de equipamentos de proteção individual para profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 46, e26, 2021.
- TEMPORÃO, José Gomes. A pandemia de COVID-19 e a Atenção Primária à Saúde: desafios e oportunidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, supl. 1, p. 2657-2664, 2021.
- VILLELA, Edlaine Faria de Moura et al. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1, p. 152, 2021.
- VILAR, Juliana Barros de Farias; LEAL, Ana Suerda Leonor Gomes; TORRES, Analucia de Lucena; PESSOA, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes; COELHO, Ardigleusa Alves. A reorganização da Atenção Primária à Saúde para acolhimento aos usuários em tempos de pandemia. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, 2023.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de covid-19 representou um marco crítico para os sistemas de saúde em todo o mundo, especialmente para a APS, que precisou se reorganizar rapidamente diante de um cenário marcado por incertezas, escassez de recursos e ampliação das vulnerabilidades sociais. Esta tese teve como objetivo analisar, a partir da perspectiva dos profissionais da APS, as transformações no processo de trabalho ocorridas durante a pandemia, com foco nas interseccionalidades de gênero e classe, nos desafios da vacinação e nas experiências de cuidado.

A análise realizada ao longo dos três artigos evidenciou que as equipes da APS desempenharam um papel essencial no enfrentamento da crise sanitária, ainda que submetidas a uma sobrecarga intensa e estruturas fragilizadas. O primeiro artigo revelou como as desigualdades de gênero e classe se manifestaram e foram agravadas no cotidiano profissional e pessoal das trabalhadoras da saúde, com destaque para a sobrecarga emocional e física vivenciada principalmente por enfermeiras e ACS. As narrativas mostraram que, mesmo diante de um esforço coletivo de cuidado, a distribuição desigual do trabalho e das responsabilidades persistiu e gerou sofrimento.

No segundo artigo, a investigação sobre o processo de vacinação contra a covid-19 mostrou que, embora a APS esteja historicamente vinculada à imunização, as salas de vacina não estavam preparadas para o volume e a complexidade da demanda naquele contexto. As dificuldades logísticas, a escassez de profissionais, a desinformação e a hesitação vacinal impactaram diretamente o andamento da campanha, exigindo grande esforço das equipes para garantir o acesso e a adesão da população. Tais achados reafirmam a importância de fortalecer as estruturas da APS como espaços centrais de confiança e acolhimento da comunidade, sobretudo em situações emergenciais.

Já o terceiro artigo revelou como os profissionais da APS, mesmo diante de limitações estruturais, reinventaram práticas de cuidado, desenvolveram estratégias de reorganização dos fluxos e adaptaram as atividades cotidianas para dar continuidade ao acompanhamento dos usuários. A pandemia escancarou as lacunas históricas da política de saúde, mas também evidenciou as potências micropolíticas construídas nas unidades, a partir da escuta, do vínculo com os usuários e da criatividade dos trabalhadores.

Os resultados obtidos nesta tese apontam para a necessidade urgente de valorização e investimento na APS, reconhecendo-a não apenas como porta de entrada do SUS, mas como

eixo estruturante e coordenador do cuidado. A experiência da pandemia evidencia que a capacidade de resposta da APS depende tanto da articulação intersetorial e do apoio da gestão quanto do fortalecimento das equipes, da valorização dos trabalhadores e da superação das desigualdades estruturais que atravessam o campo da saúde.

Por fim, esta pesquisa contribui para o aprofundamento do conhecimento sobre a organização do trabalho em saúde em contextos de crise, destacando os impactos da pandemia nas práticas e nas subjetividades dos profissionais. Ao sistematizar essas vivências, busca-se subsidiar a formulação de políticas públicas que fortaleçam a APS e promovam a equidade, a justiça social e a efetividade do SUS em situações emergenciais e no cotidiano da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. O estado de exceção provocado por uma emergência imotivada. **Revista IHU Online [Internet]**, 2020.

AGRANOFF, Robert; LINDSAY, Valerie A. Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. **Public Administration Review**, v. 43, n. 3, p. 227-237, 1983.

ALMEIDA FORTIS, Martin Francisco de. Rumo à pós-modernidade em políticas públicas: a epistemologia situacional de Carlos Matus. **RAE-eletrônica**, v. 9, n. 2, 2010.

ALMEIDA, Joelson dos Santos et al. Epidemiological characterization of COVID-19 cases in Maranhão: a brief analysis. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 6, 2020.

ALTINO, L. Com UPAs lotadas, pacientes com falta de oxigênio aguardam horas e enfrentam até tiroteio antes de transferência. **Extra Online** 2020; 22 abr.

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, **CEDEPLAR**, 2007.

BARDIN, Louise. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. Brasil.(2014a). Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. **Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Informação e gestão da Atenção Básica. **e-Gestor Atenção Básica**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 188, de 03 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União** 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. **Brasília: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública**; 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**. Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humaniza SUS. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília – DF, 2010. Volume 2 - Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 30 de dezembro 2010. Seção 1, p.89.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. **Ministério da Saúde**. Brasília: MS; 2008.

BROUSSELLE, Astrid et al. Avaliação: conceitos e métodos. In: Avaliação: conceitos e métodos. **Fiocruz**, 2011.

CAETANO, Rosângela et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00088920, 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da reforma, repensando a saúde. In: **Reforma da reforma, repensando a saúde**. 1992. p. 220-220.

CAMPOS. Zika Virus Outbreak, Bahia, Brazil. **Emerg Infect Dis**, v.21, n.10, Oct, p.1885-6, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, André-Perre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, 2006.

DA SILVA, Antônio Augusto Moura et al. Population-based seroprevalence of SARS-CoV-2 is more than halfway through the herd immunity threshold in the State of Maranhão, Brazil. **medRxiv**, 2020.

DORSEY, E. Ray; TOPOL, Eric J. Telemedicine 2020 and the next decade. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 859, 2020.

DU TOIT, Marie et al. Use of telehealth in the management of non-critical emergencies in rural or remote emergency departments: a systematic review. **Journal of telemedicine and telecare**, v. 25, n. 1, p. 3-16, 2019.

DUNLOP, Catherine et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP open**, v. 4, n. 1, 2020.

FARIA, Horácio Pereira de et al. Processo de trabalho em saúde. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1826>, 2009.

FERNANDEZ, Michelle Vieira et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020.

FEUERSTEIN, Marie-Thérèse. Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade. **São Paulo: Paulinas**, 1990.

FLEURY, Sonia. El desafío de la gestión de las redes de políticas. **Revista Instituciones y Desarrollo**, v. 17, 2011.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, 2008.

FURTADO, Juarez Pereira et al. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001.

FURTADO, Juarez Pereira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. The evaluation of health programs and services in Brazil as a space for knowledge and practice. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.

GIOVANELLA, Ligia. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.

GRANATO, Natália Cristina; MIRANDA, Eduardo Soncini. Pandemia, empresariado e aprofundamento das desigualdades sociais no Brasil. **Revista NEP-Núcleo de Estudos Paranaenses da UFPR**, v. 7, n. 1, p. 34-48, 2021.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. Fourth generation evaluation. Sage, 1989., Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. **Jossey-Bass**, 1981.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. Fourth generation evaluation. Sage, 1989.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 4, n. 2, 1999.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. **Editora Fiocruz**, 2005.

HONE, Thomas et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **PLoS medicine**, v. 14, n. 5, p. e1002306, 2017.

JHU. Johns Hopkins School of Nursing. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) **Acknowledging the land on which we build**. 2023.

KERR, Ligia et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4099-4120, 2020.

KOH, David. Occupational risks for COVID-19 infection. **Occupational Medicine (Oxford, England)**, v. 70, n. 1, p. 3, 2020.

LEHOUX, Pascale; LEVY, Ron; RODRIGUE, Jean. Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4^{ème} génération. **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé**, 2 (1), p. 56-72, 1995.

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBCKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto & contexto enferm**, p. 32-49, 2011.

LEVASSEUR, Mélanie et al. Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. **Gérontologie et société**, v. 35, n. 4, p. 111-131, 2012.

LOCO, In. Mapa brasileiro da COVID-19. **Índice de isolamento social**, 2020.

MARANHÃO. Estudo sorológico da infecção por COVID-19 no Maranhão. Relatório final do inquérito. **Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão**. São Luís, 2020b

MARANHÃO. Plano Estadual De Contingência Do Novo Coronavírus (COVID-19). **Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão**. São Luís, 2020a.

MARX, Karl. O capital (Livro Primeiro vI). **São Paulo: Difel**, 1867.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília – DF, 2011, 2ª edição.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde-Health care networks. **Revista Médica De Minas Gerais-RMMG**, v. 18, n. 4-S4, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. In: Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. **Escola de saúde Pública do Ceará**, 2002.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães et al. (Ed.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 21-31, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MONTEIRO, Yhasmin; DE ALMEIDA, Bruna Sueko Higa. A SITUAÇÃO DE GRUPOS VULNERÁVEIS E AS PRINCIPAIS ATUAÇÕES DE DEFENSORES DE DIREITOS HUMANOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL. **Res Severa Verum Gaudium**, v. 6, n. 1, 2021.

MOROSINI, Márcia Valéria et al. Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. 2020.

NUÑO, Roberto Solinís. Un breve recorrido por la atención integrada. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, p. 5, 2008.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 105-113, 2016.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal contra a covid-19 no Maranhão, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 12, 2021.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; GAMA, Carlos Alberto Pegolo. Saúde mental na atenção básica. In: Campos, G.W e Guerrero, A.V. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, Hucitec, 2010, pp. 221-246.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2008.

PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. ed. **Thousand Oaks: Sage**; 1990.

PATTON, Michael Quinn. *Qualitative evaluation and research methods*. **SAGE Publications, inc**, 1997.

- PEREIRA, Leone. **Manual de processo do trabalho**. Saraiva Educação SA, 2020.
- PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. In: **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2018. p. 253-253.
- POLONSKY, William H. Integrating medical management with diabetes self-management training. **Diabetes Care**, v. 26, n. 11, p. 3048-3053, 2003.
- PORTNOY, Jay; WALLER, Morgan; ELLIOTT, Tania. Telemedicine in the era of COVID-19. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice**, v. 8, n. 5, p. 1489-1491, 2020.
- POUVOURVILLE, Gérard de. Evaluation: the French chefs are still searching for" la nouvelle cuisine". **Cadernos de saude publica**, v. 15, n. 2, p. 248-250, 1999.
- REICH, Evânia; BORGES, Maria de Lourdes; XAVIER, Raquel Cipriani. Reflexões sobre uma pandemia. **Florianópolis: Néfiponline**, 2020.
- RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 438-446, 2014.
- RIDDE, Valéry. Suggestions d'améliorations d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 21, n. 2, p. 1, 2006.
- ROBERT, Paul et al. Le Petit Robert: dictionnaire de la langue française. LeRobert, 1967.
- SANTOS FILHO, Sarafim Barbosa. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. In: **Coleção saúde coletiva**. UNIJUÍ, 2009.
- SÃO LUÍS. Plano Municipal de Contingência para infecção humana pelo Coronavírus (COVID-19). São Luís, 2020.
- SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Revista de Saúde Pública**. 2020.
- SCHEIRER, Mary Ann. Designing and using process evaluation. Handbook of practical program evaluation, v. 40, 1994.
- SEHNEM, Graciela Dutra et al. < b> Utilização do grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas: relato de experiência/Focal group utilization as data gathering technic to researches: experience report< b. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1194-1200, 2015.
- SILVA, David Leonardo Bouças da; MIRANDA, Anderson Lourenço; HOFFMANN, Valmir Emil. Viva ou Deixe Morrer: estratégias para o enfrentamento da COVID-19 sob a perspectiva empresarial em São Luís do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo**, v. 15, 2021.
- SINGH, David. Transforming chronic care. Evidence about improving care for people with long-term conditions. **Birmingham: University of Birmingham Health Services Management Centre**; 2018.
- SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sérgio Resende. Territorial support and multi-referential team: cartographies of the confluence between the method of support and the guidelines for harm reduction at a street-level among crack users and at the health network in

the city of Campinas, SP, Brazil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 945-956, 2014.

STEVENSON, John F. et al. Building evaluation capacity in human service organizations: A case study. **Evaluation and Program Planning**, v. 25, n. 3, p. 233-243, 2002.

TURATO, Egberto Ribeiro. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. **Voices**, 2003.

VÁZQUEZ, M. L. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: **Consorci Hospitalari de Catalunya**, 2007.

VENTURA, C. V. et al. Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. **The Lancet**, v. 387, n. 10015, p. 228, 2016. ISSN 01406736.

VITÓRIA, A. M.; CAMPOS, GW de S. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. **Frente Estamira de CAPS**, 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance, 19 March 2020**. World Health Organization, 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Primary health care and health emergencies**. World Health Organization, 2018.

WHO. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation Report 1- 21 jan, 2020. **Lancet** 2020;395:514–23.

WU, Zunyou; MCGOOGAN, Jennifer M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **Jama**, v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020.

ZHAI, Yunkai et al. From isolation to coordination: how can telemedicine help combat the COVID-19 outbreak?. **MedRxiv**, 2020.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Categoria: Profissionais de saúde

FALE SOBRE O SEU LOCAL DE TRABALHO
A1. Nome da UBS:
A2. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da UBS:
A3. Identificador Nacional de Equipes (INE) da equipe:
A4. Você trabalha em uma equipe: <input type="checkbox"/> Da Estratégia Saúde da Família <input type="checkbox"/> Consultório de rua <input type="checkbox"/> Da Estratégia de ACS <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
A5. Marque abaixo quais profissionais fazem parte da sua equipe: <input type="checkbox"/> Médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade <input type="checkbox"/> Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família <input type="checkbox"/> Auxiliar ou técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Agentes comunitários de saúde. Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família <input type="checkbox"/> Auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Outros profissionais. Quais? _____
FALE SOBRE VOCÊ
B1. Seu nome completo:
B2. Sexo: () Masculino () Feminino
B3. Qual a sua idade? (em anos)
B4. Endereço residencial completo:
B5. O(A) senhor(a) estudou até que série? <input type="checkbox"/> Ensino médio ou 2o grau <input type="checkbox"/> Superior graduação incompleto <input type="checkbox"/> Superior graduação completo. Qual(is) curso(s)? _____ <input type="checkbox"/> Não quero informar

B6. O(A) senhor(a) fez curso de pós-graduação (pode marcar mais de uma alternativa)?

- ☐ Especialização. Qual(is)? _____
- ☐ Residência. Em que? _____
- ☐ Mestrado. Em que? _____
- ☐ Doutorado. Em que? _____
- ☐ Não quero informar

B7. Qual a sua atuação profissional nesta UBS?

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Cirurgião-dentista
- ☐ Técnico de Enfermagem
- ☐ Agente Comunitário de Saúde
- ☐ Auxiliar e/ou técnico em saúde bucal
- ☐ Outra _____

B8. Há quanto tempo o(a) sr(a) atua nesta profissão? (em anos) _____**B9. Há quanto tempo o(a) sr(a) trabalha nesta UBS? _____ anos _____ meses****B10. Qual seu estado civil?**

- ☐ Casado(a)
- ☐ Solteiro(a)
- ☐ União consensual/estável
- ☐ Separada/desquitada/divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Outra: _____
- ☐ Não quero informar

B11. Qual a cor da sua pele? (autodeclarada)

- ☐ branca
- ☐ preta/negra
- ☐ parda/mulata/cabocla/morena
- ☐ amarelo/oriental
- ☐ indígena
- ☐ não sabe

B12. O(A) senhor(a) é portador de alguma doença crônica?

- ☐ Não tenho doenças crônicas
- ☐ Asma
- ☐ Câncer
- ☐ Cardiopatias
- ☐ Diabetes
- ☐ Doença renal
- ☐ Doença respiratória
- ☐ Doença reumática
- ☐ Obesidade
- ☐ Síndromes hipertensivas
- ☐ Tireoidopatia
- ☐ Outro(s): _____

B13. Você se afastou do trabalho durante a pandemia?

☐ Não ☐ Sim Motivo: _____

B14. Se sim, durante qual período?

____/____/2020 a ____/____/2020

APÊNDICE B

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Categoria: profissionais da saúde

Nome da UBS: _____
 Unidade de referência para síndrome gripal () Período: _____
 Unidade que recebeu usuários de outras UBS de referência para síndrome gripal
 () Quais: _____ Período: _____
 Unidade que não foi referência para SG e não recebeu usuários de outras
 UBS ()

Objetivo da discussão do grupo focal: compreender as percepções de profissionais de saúde acerca das mudanças no processo de trabalho na APS durante a pandemia.

Introdução do grupo:

- Apresentação da dinâmica e pactuação das regras de convivência.
- Orientação: o facilitador abre os trabalhos com uma fala que informa sobre:
 ✓ A instituição responsável por essa pesquisa é a Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Saúde Pública; os objetivos da pesquisa, os riscos e os benefícios que poderão dela advir estão descritos no TCLE; os participantes não serão identificados.

Texto de apresentação

“Falar sobre a pandemia é reviver situações delicadas que todos nós passamos. Sabemos que foram momentos de solidariedade, de cooperação, aliança e também de medo, conflitos e aflição. Essa pesquisa busca compreender como vocês, profissionais de saúde, perceberam as mudanças no processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde de São Luís – MA, no período de pandemia da COVID-19.

Desse modo, o principal benefício desse estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à gestão ou à assistência do sistema de saúde. No entanto, há benefícios indiretos aos profissionais, já que compreender os efeitos da pandemia poderá contribuir para reorganização de diversos modelos de trabalho atuais, possibilitando melhores condições de atuação.

Em caso de os(as) senhores(as) se sentirem incomodados por lembrarem alguma situação ruim vivenciada no período, falem conosco para que possamos contornar esse desconforto.”

✓ Agradecimento pela presença; apresentação da equipe e suas funções (composta por um mediador e três observadores); a função dos crachás; o caráter voluntário da participação também nas falas e como estas serão bem-vindas; a não existência de respostas "certas" ou "erradas"; regras de funcionamento do grupo.

1. Precisamos que este seja um ambiente seguro, respeitando a opinião de todos e garantindo que todos se manifestem sem qualquer tipo de restrição;
2. Precisamos que somente uma pessoa fale por vez, para facilitar o diálogo;
3. Precisamos da participação de todos. Solicitamos evitar o uso de telefones celulares e que os(as) senhores(as) permaneçam na sala;
4. Esta conversa precisa ser gravada e nós nos comprometemos a utilizar a gravação exclusivamente para esta pesquisa;

5. Também nos comprometemos a não relacionar os assuntos e opiniões que foram falados aqui com os nomes das pessoas presentes;
 6. Não estamos aqui para julgar. Nosso interesse é apenas compreender como se deram as mudanças no processo de trabalho causados pela pandemia de COVID-19.
- Rodada de apresentação individual (nome, profissão e tempo de atuação na UBS)
 - Questão disparadora da conversa.

Roteiro:

Todos vocês que estão aqui hoje têm como característica em comum trabalharem nesta UBS e, além disso, terem desempenhado suas funções durante a pandemia da COVID-19. É sobre essas experiências do cotidiano, durante a pandemia da COVID-19, que queremos falar.

Pergunta principal	Perguntas acessórias
Para começar esta conversa, em São Luís, o primeiro caso de COVID-19 aconteceu em março de 2020. Ao longo desses dois anos, quais mudanças aconteceram no funcionamento desta unidade? Tente relacionar essas mudanças aos períodos em que elas aconteceram.	A UBS fechou? Algum serviço parou ou foi alterado? Se sim, quais serviços, por quais motivos e por qual período?
	Que novas estratégias foram implementadas (Grupo de WhatsApp – com usuários, só entre eles? Instagram? Teleatendimento? Home office?)?
	<p>E os atendimentos de rotina?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacinação; • Consultas (pré-natal, consulta odontológica, puerpério, crescimento e desenvolvimento); • Exames (sangue, teste rápido, ultrassom, preventivo, teste do pezinho); • Visitas domiciliares (Cadastramento, agendamento, orientações, e visita para outros grupos (além de mulheres e crianças) busca ativa, etc); • Planejamento familiar; • Atenção à mulher e à criança (Grupos de gestantes; Vinculação à maternidade; Orientação de amamentação; Pós-parto; Puericultura); • Ações de controle à Hipertensão, tuberculose, hanseníase e ao tabagismo; • Acompanhamento dos beneficiários do Bolsa Família.

	Quais foram as mudanças em sua rotina profissional? (adoecimento, remanejamento, afastamento, sobrecarga e novas contratações)
	Como era a disponibilidade de EPIs?
	Como funcionou a triagem de pacientes com e sem síndromes gripais?
	Os usuários buscavam os serviços da unidade?
Dessas mudanças quais você considerou que foram importantes para o seu trabalho durante a pandemia?	E quais não funcionaram?
	Quais deverão ser mantidas após a pandemia?
Houve dificuldades para executar o seu trabalho e como buscou lidar com elas?	Como você lidou com a falta de conhecimento sobre o vírus? Como você conciliou trabalho e capacitação?
	Como aconteceram as orientações da chefia? Houve planejamento/reunião em equipe?
	Como foram construídos os protocolos?
Para você como foi ser um trabalhador de saúde durante a pandemia?	Medo de sair de casa, medo de ir à UBS, pegar ônibus ou outro transporte, medo de contaminar a família, cansaço, adoecimento e/ou morte de familiares/amigos, acúmulo de tarefas domésticas e distanciamento social?
E agora, como a UBS está organizada?	Serviços ofertados anteriormente?
	E como a UBS enfrenta uma suspeita de COVID-19?
Tem alguma coisa que não foi perguntada e você considera importante e que gostaria de falar?	Abrir para que os outros pesquisadores possam fazer alguma pergunta que julguem relevante.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação da gestão de leitos de terapia intensiva e dos critérios de prioridades no contexto da pandemia da COVID-19 no estado do maranhão”.

O presente estudo visa “Avaliar a gestão de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e dos critérios de prioridades no âmbito do SUS durante a pandemia da COVID-19”. Desse modo, o principal benefício desse estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à gestão ou à assistência dos sistemas de saúde, no entanto, há um benefício indireto aos profissionais participantes da pesquisa, já que compreender os efeitos da pandemia poderá contribuir para reorganização de diversos modelos de trabalho atuais, possibilitando melhores condições de atuação.

A sua participação poderá ser respondendo a perguntas que serão feitas em entrevista individual ou em grupo por meio de um roteiro. Também serão perguntadas informações sobre idade, ocupação e outras características pessoais, e de dados relativos à formação e tempo de experiência profissional, dentre outros.

É importante ressaltar que o(a) Sr.(a) poderá, imediata ou tardiamente, sofrer algum desconforto emocional, pois as perguntas poderão remeter a situações ruins vividas pelo(a) Sr.(a), constrangimento ou lembranças de vivências pregressas desagradáveis, assim, os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo e/ou agendando um outro horário para a entrevista que seja conveniente para o(a) Sr.(a), garantindo o apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Sua participação se dará de modo voluntário sem o recebimento de nenhum tipo de pagamento.

Durante todo o período da pesquisa o (a) Sr.(a) tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com os pesquisadores através do contato com Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (98)3272-9676 no período da manhã (08-12h) ou da tarde (14-18h), inclusive a cobrar. Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, poderá entrar em contato com a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade

Federal do Maranhão/HUUFMA, Rua Barão de Itapary nº227, 4º andar – Centro. São Luís – Maranhão, CEP 6502070 / Telefone: 2109-1250 / 1092.

Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. O(a) Sr.(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes da pesquisa, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Assegura-se a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e garantimos que sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando referidos ou observados.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Se o(a) Sr.(a) entendeu essas informações e concorda em participar deste estudo, por favor, manifeste-se rubricando todas as suas páginas e assinando seu nome abaixo, assim como o pesquisador responsável ou membro da equipe. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável ou membro da equipe e outra com o(a) Sr.(a)

Agradecemos muito a sua colaboração.

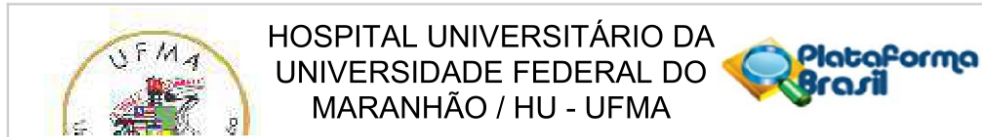
_____, ____/____/____

Pesquisador

Assinatura do Participante da pesquisa

APÊNCIA D

PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A pandemia da COVID-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS

Pesquisador: MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35645120.9.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.234.296

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1595362. . Datado de 07/08/2020).

Introdução:

COVID-19 é a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus - 2), o novo coronavírus, que pertence à família de vírus Coronaviridae e causa infecções respiratórias (WHO, 2020a). Possui origem zoonótica, ainda não tão elucidada, mas sabe-se que houve uma mutação do coronavírus presente em morcegos ou pangolim, ambos presentes nos hábitos alimentares de chineses. Foi descoberto, inicialmente como surto na China, em 31 de dezembro de 2019 após casos registrados em Wuhan (ZHU et al., 2020). No dia 11 de março, presente em 114 países com um total de 118 mil casos confirmados e 4.291 mortes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pela infecção por SARS-CoV-2 (WHO, 2020b). Hoje, em 09 de julho de 2020, a maior crise sanitária da história recente foi responsável pela contaminação de 12.068.034 indivíduos e óbitos de 550.159 em 213 países (WORLDMETER, 2020). No Brasil, por ser um país de dimensões continentais e com importantes diferenças em termos de população e infraestrutura, os protocolos de mitigação podem ter efeitos diversos na propagação da COVID-19 nas diferentes regiões. Portanto, as medidas de enfrentamento devem ser realizadas de acordo com características inerentes a cada região, mas integradas com a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

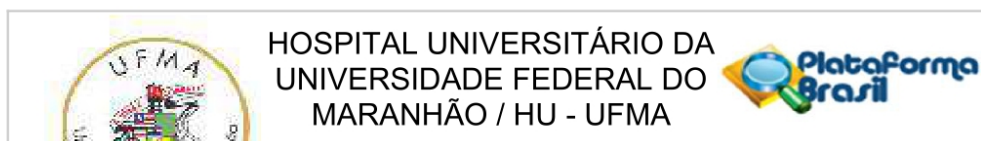
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

situação geral do país (COSTA; COTA; FERREIRA, 2020). Considerando que a principal forma de disseminação do vírus ocorre por meio de gotículas de saliva, o distanciamento social constituiu-se como estratégia fundamental para a redução da transmissão entre humanos (ARAUJO et al., 2020). Em 06 de fevereiro de 2020 foi sancionada no Brasil a lei no 13.979, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da COVID-19, de modo a postergar o pico de casos na curva epidêmica e não sobrecarregar a capacidade dos sistemas de saúde público e privado. As Unidades Federativas passaram a exercer tais medidas a partir da segunda semana de março de 2020 (BRASIL, 2020a). As condições clínicas podem variar de casos assintomáticos ou característicos de uma gripe (tosse, febre e indisposição) a manifestações clínicas graves (pneumonia e insuficiência respiratória aguda) que podem evoluir a óbito, sobretudo, em grupos de risco. Fazem parte destes:

idosos, gestantes, imunodeprimidos, portadores de cardiopatias leves ou descompensadas, de enfermidades renais crônicas ou em estado avançado, enfermidades hepáticas em estado avançado, enfermidades respiratórias e de uma ou mais comorbidades, como diabetes, hipertensão e obesidade (BRASIL, 2020c; WU et al., 2020). A discussão de especialistas sugere que o vírus, apesar de possuir baixa letalidade, pode potencialmente ocasionar o colapso do sistema de saúde. No dia 10 de junho havia uma ocupação de 34.300 leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, sendo 18.546 ofertadas pelos Sistema Único de Saúde (SUS) e 15.754 da rede privada (BRASIL, 2020b). Como a maior parte da população brasileira utiliza exclusivamente o subsistema público de saúde, SUS está sendo desafiado e é uma ferramenta de grande valia nesse momento. Por meio de protocolos instituídos por investigações científicas, portarias, leis e pesquisas, há a instituição de inúmeras formas de combate à pandemia (FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020). Desde que o Brasil se tornou o epicentro da epidemia na América Latina, e considerando a heterogeneidade de diferentes cenários para a população brasileira (MELLAN et al., 2020), o SUS assumiu um papel central no controle da doença. Porém, tal controle não é apenas uma questão de saúde, mas envolve a conexão entre questões políticas, sociais e econômicas, e que exigem um conjunto de medidas que vão além da contenção imediata da cadeia de transmissão do vírus (SARTI et al., 2020).

Assim, surge o desafio de planejar um modelo social e de sistema de saúde que deve ter o objetivo de proteger vidas, especialmente as mais vulneráveis. Os princípios e ferramentas do SUS são pilares do sistema público de saúde que deve ser estruturado para alcançar e atender às demandas da população, inclusive de periferias e de cidades interioranas (SARTI et al., 2020). Porém, tais atributos podem estar fragilizados, devido à suspensão temporária de serviços de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

atendimento ambulatorial em Unidades Básicas de Saúde (UBS), visitas domiciliares, cirurgias eletivas e do remanejamento de prioridades nos sistemas de emergência, o que torna a população descoberta de tais serviços. Na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do SUS, por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), houve a criação e constante atualização de protocolos para manejo clínico do coronavírus. Assim, foram estabelecidas orientações sobre o curso clínico da doença; o manejo por meio de teleatendimento; referência e contrarreferência; medidas para evitar contágio individual e de prevenção comunitária; apoio à vigilância ativa; recomendações para grupos especiais como gestantes e idoso (BRASIL, 2020c). Já na atenção especializada também houve a criação de um protocolo de manejo clínico cujo objetivo é orientar os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS para identificação, notificação e manejo de casos suspeitos da doença, de modo a mitigar a cadeia de transmissão e apresentar os fluxos operacionais da doença com ênfase na atenção especializada (urgência e emergência hospitalar e não hospitalar) (BRASIL, 2020d). Foram também instituídos protocolos para atendimentos de serviços específicos, como os odontológicos, haja vista a equipe de saúde bucal (eSB) está muito mais exposta à contaminação durante atendimento clínico e ser capaz de acolher, diagnosticar e notificar casos suspeitos da doença, assim como orientar a população a respeito das medidas de prevenção (CFO, 2020). Mesmo com vasto investimento em infraestrutura hospitalar e habilitação de novos leitos, ainda é necessário identificar áreas prioritárias de atuação para redução de casos e criação de políticas para intervenções nacionais, regionais e locais, prevenindo o aumento de casos e reduzindo, assim, a necessidade de internações (REQUIA et al., 2020). Discrepâncias históricas no acesso a leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), distribuição desigual de médicos e de equipamentos, menor nas regiões Norte e Nordeste, demonstram que tais lugares precisaram de maiores investimentos e incrementos urgentes nos sistemas de saúde já fragilizados para poder atender à demanda de pacientes com COVID-19 (DORNA, 2020). Apesar da adoção de medidas preventivas de isolamento social e de manejo terapêutico de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, observa-se aumento significativo de novos casos. Segundo o Ministério da Saúde, através da plataforma digital informativa (Painel Coronavírus) atualizado em 09 de julho de 2020, há 1.755.779 casos confirmados e 69.184 óbitos registrados, correspondente a uma taxa de letalidade de 3,9%, taxa de mortalidade de 32,9/100.000 e taxa de incidência de 835,5

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

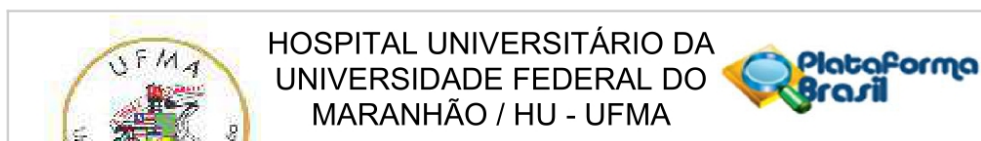
/100.000, por COVID-19 no Brasil (BRASIL, 2020e).

Estudos científicos ainda embasam a necessidade de se obter mais conhecimento acerca do cenário atual e futuro, preenchendo as lacunas existentes. Assim, a vigilância epidemiológica da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 é construída à medida que a OMS consolida informações e há a criação de notas técnicas e evidências científicas publicadas. Nesse contexto, no qual já há sobrecarga no sistema de saúde pública brasileiro nos três níveis (primário, secundário e terciário), o planejamento e gestão em saúde se adaptam para garantir assistência adequada (FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020; REQUIA et al., 2020), uma vez que a COVID-19, além do impacto que causa por si só, alterou a dinâmica da oferta de serviços eletivos, acompanhamento ambulatorial e demais atividades, o que causa prejuízo à integralidade do cuidado. Diante das mudanças de cenário elencadas acima, é necessário conhecer como o SUS está se organizando para garantir assistência aos usuários. Além dos serviços voltados para o atendimento de pessoas com sintomas associados à doença causada pelo novo coronavírus, é importante estabelecer estratégias para a manutenção do cuidado àquelas com outras situações que também carecem de atenção. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da pandemia da COVID-19 na gestão e assistência à saúde no Sistema Único de Saúde. De modo a investigar os impactos sobre indicadores de atenção à saúde, compreendendo a assistência ofertada às mulheres e suas vivências em relação à gestação, parto e puerpério e às crianças, nos primeiros dois anos de idade; os efeitos sobre a atenção em saúde bucal no Brasil, analisando quais impactos incidiram sobre os serviços públicos; as percepções de profissionais de saúde em relação aos cuidados prestados e condições de trabalho; a atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no contexto da COVID-19; a avaliação da dinâmica de regulação e gestão de leitos UTI e o processo de estabelecimento de prioridades.

Hipótese:

No atual cenário de enfrentamento de uma pandemia, o sistema público de saúde brasileiro se depara com situações desafiadoras. Dentre essas há o alto nível de exigência, em especial na gestão e assistência, para se readequar às atuais necessidades. Embora a cada dia suas limitações sejam visíveis, sua importância merece ser reconhecida e o momento é adequado para discussões acerca de possíveis modificações para o futuro. Essa doença evidenciou outros males como a desigualdade social, a violência doméstica, o instável trabalho de informais e autônomos, maiores dificuldades para os refugiados, imigrantes, populações deslocadas, pessoas em situação de rua,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

deficientes e idosos. Com isso, deve-se aprender a enxergar as dificuldades do país (SANTOS, 2020). Assim, para entendimento de como essa pandemia está e ainda pode repercutir, até mesmo romper e gerar novos paradigmas para o sistema de saúde brasileiro, é importante ter um olhar quantitativo, para apontar generalizações; e qualitativo, para compreensão das particularidades das situações. Diante do cenário exposto, acredita-se que a pandemia apresenta implicações tais

como:- A pandemia está causando impacto nos indicadores de desempenho e produtividade dos trabalhadores do SUS, na atenção ao pré-natal, parto e nascimento, dentre outros;- A COVID-19 está desencadeando impactos nos atendimentos de saúde bucal da APS, afetando os indicadores de produtividade da equipe de saúde bucal;- O diagnóstico ou suspeita de COVID-19 aumenta o risco de complicações na gestação, parto e nascimento;- Os profissionais da APS, especialmente o ACS, estão sendo subutilizados no enfrentamento da pandemia na área adscrita de UBS

referências para síndrome gripal;- Não há concordância em relação às áreas com maior densidade de casos ao comparar os registros oficiais com os relatos dos ACS; e- A pandemia está gerando uma nova demanda por leitos de UTI no estado do Maranhão o que pode impactar no processo de estabelecimento de prioridades e influenciar a tomada de decisão para a admissão em UTI.- A Rede de Apoio das gestantes e puérperas diminuiu

devido à necessidade de distanciamento social durante a pandemia de COVID-19; e - As desigualdades de gênero impactam de diferentes modos as relações de trabalho e familiares dos profissionais de saúde.

Metodologia Proposta:

O projeto diz respeito a uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, que abrangerá diversos caminhos metodológicos, buscando esclarecer diferentes aspectos da pandemia da doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2, que se estabeleceu no país no ano 2020. O objetivo é analisar os efeitos da pandemia em relação às gestantes, às puérperas, aos recém-nascidos, à saúde bucal, aos

profissionais e aos gestores por meio da combinação de distintas fontes de dados e instrumentos de coleta tais como questionários estruturados para extração de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Prontuário eletrônico e livro de registros, Sistema da Central Integrada de Leitos (CIL) e

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na abordagem quantitativa. Na qualitativa, utilizando diferentes técnicas como história oral de vida, observação participante, entrevista

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

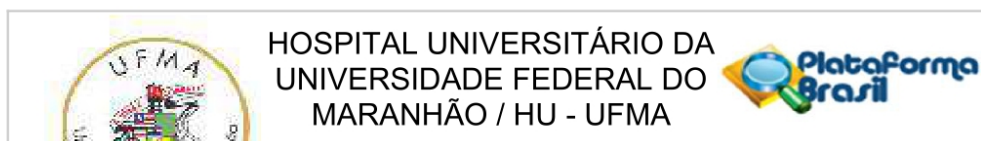
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

estruturada, semiestruturada e grupos focais, que utilizarão roteiro de entrevista semiestruturado, e roteiro com pergunta norteadora como instrumento de coleta. Os locais de estudo são: o Brasil, com suas 26 unidades federativas, Distrito Federal e os 5.570 municípios; os hospitais Universitário e demais que tenham leitos de UTI para COVID-19 no estado do Maranhão; maternidades Materno Infantil do Hospital Universitário e de Alta Complexidade do Maranhão; Unidades Básicas de Saúde referências para a Síndrome Aguda Respiratória

Grave na cidade de São Luís e outras UBS, em demais macrorregiões de saúde do estado do Maranhão, que possuam equipe da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal. A amostra qualitativa será intencional buscando contemplar as diversidades dos sujeitos e o número final será definido por critério de saturação de dados. Para o cálculo do número de indivíduos necessários para a análise quantitativa das possíveis associações entre COVID-19 e os desfechos estudados foi utilizado o software de domínio público EpiInfo, versão 7.2.3.1, levando-se em conta um intervalo de confiança de 95%; poder de detecção de diferenças de 80%; relação de expostos/não expostos de 2:1 e razão de prevalência de 3.0. Utilizou-se a prevalência da variável-desfecho "anomalias congênitas" (prevalência de 0,50%), por ser o desfecho que necessitou do maior tamanho de amostra. O que resultou em 3.888 indivíduos. Serão acrescidos mais 112 participantes que participarão da intervenção proposta. As coletas dos dados serão iniciadas somente após parecer positivo do comitê de ética e envolvem dados referentes à pandemia e seu impacto nos âmbitos acima mencionados.

Metodologia de Análise de Dados:

Para análise da parte qualitativa dessa pesquisa, as falas serão agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias, interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo, que trata-se de um método organizativo de dados, utilizando-se três processos cognitivos: pré-análise (constituição do corpus do estudo); codificação (a transformação dos dados primários em unidades de representação do conteúdo); categorização (agrupamento das unidades por temática e composição das categorias). A análise temática será realizada em três fases: a primeira fase, na qual serão realizadas as transcrições das entrevistas e a organização de todo o material de pesquisa incluindo os questionários estruturados e os relatos.

A segunda fase é de exploração do material coletado no campo por meio de leitura flutuante e exaustiva do material. A terceira e última fase busca a compreensão das vivências relatadas. Para a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

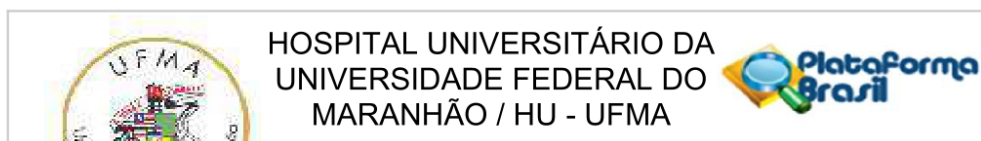
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

parte quantitativa, serão realizadas análises exploratórias, através de frequências absolutas e relativas, média, mediana, estimação de Intervalos de Confiança de 95%, gráficos de dispersão, boxplot e histogramas nos softwares R e STATA. Os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 serão analisados de acordo com a evolução temporal e geoespacial da doença no território das UBS. A cada semana epidemiológica será verificada a incidência e perfil demográfico dos casos. Os casos serão representados em mapas de calor

evidenciando hotspots como possíveis focos de reemergência da doença. Também será possível determinar clusters onde o nº de casos suspeitos ou confirmados permanece estabilizado. Os mapas de calor serão construídos com base na densidade de casos, estratificados em regiões de alto, médio e baixo número de casos. Será utilizado o Create Space Time Cube By Aggregating Points e o Create Space Time Cube From Defined

Locations para estudar a distribuição dos indicadores de qualidade da atenção ofertada à mulher e à criança e da assistência odontológica, incluindo

o período antes, durante e após a pandemia. Estas ferramentas estruturam e resumem conjuntos de dados em um formato de dados netCDF , criando compartimentos de espaço temporal que formam o que se considera um cubo. A ferramenta Emerging Hot Spot Analysis usa netCDF como entrada, executa uma análise de hot spot no espaço-tempo e identifica tendências nos dados agregados de contagem, como novos, hot spots

intensificadores, decrescentes e esporádicos. A ferramenta Local Outlier Analysis também usa o cubo netCDF como entrada e ajuda a identificar clusters e outliers estatisticamente significativos no contexto do espaço e do tempo. Para análise espacial e construção de mapas de calor será utilizado os softwares QGIS e ArcGis. Os Modelos Autorregressivos Integrados de Médias Móveis (ARIMA) fundamentam-se em 4 passos: a identificação do modelo apropriado para a série temporal, estimação do parâmetro para o modelo identificado, adequação do modelo a partir de

testes estatísticos e análise de resíduos e a previsão dos futuros valores da série. Essa análise será usada para avaliar o impacto da pandemia sob a assistência e o processo de trabalho na assistência pré-natal e odontológica. A fase de identificação do modelo consiste no uso das funções de função de autocorrelação (autocorrelation function – ACF) e autocorrelação parcial (partial autocorrelation function – PACF). ACF é a ferramenta utilizada para a identificação de sazonalidade, ciclos e demais padrões na série. Já, a PACF é usada para estimar o grau de associação entre uma

observação e outra em período anterior, removendo o período intermediário. Para finalizar o modelo ARIMA, existe a necessidade de verificar se os resíduos seguem um formato de ruído

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

branco: sem memória, homocedásticos e normalmente distribuídos. Essa análise será conduzida no software STATA 14.0.

Desfecho Primário:

Efeitos da pandemia da COVID-19 na gestão e na assistência à saúde ofertada no SUS.

Desfecho Secundário:

Vivências das mulheres, profissionais e gestores de saúde durante a pandemia;

Estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes na mitigação dos efeitos da pandemia; e

Estimativa dos efeitos da pandemia nos indicadores de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os efeitos da pandemia pelo SARS-CoV-2 na gestão e assistência à saúde no SUS.

Objetivo Secundário:

- Analisar as repercussões maternas e perinatais da COVID-19 em mulheres e recém-nascidos com suspeita ou diagnóstico da doença;- Analisar os indicadores de assistência à mulher e à criança nos primeiros 1000 dias no período pré e pós pandemia;- Analisar a atuação da equipe de APS, bem como sua percepção acerca da pandemia de COVID-19;- Analisar os indicadores da saúde bucal na APS no período pré e pós pandemia;- Conhecer as percepções de profissionais de saúde acerca da integralidade da atenção ofertada na APS no período pré e pós pandemia; - Avaliar a gestão de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e o processo de estabelecimento de prioridades no âmbito do SUS no contexto da pandemia do COVID-19;- Compreender vivências de mulheres em relação à gestação, parto e puerpério durante a pandemia de COVID-19;- Compreender as percepções acerca de risco e segurança de profissionais de saúde que atuam em maternidade pública, na perspectiva laboral e familiar, durante a pandemia; e- Capacitar ACS para identificar casos suspeitos no território, no intuito de apoiar a vigilância epidemiológica da pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

Segundo a pesquisadora: Serão solicitadas informações acerca das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho, em percepções, vivências e perspectivas no contexto da pandemia da COVID-19. Também serão solicitadas informações de dados pessoais e profissionais. Embora sejam riscos mínimos, é reconhecido que esta pesquisa poderá originar desconfortos, e os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo ou adiando a entrevista e garantindo sigilo, confidencialidade e apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Ressalta-se ainda que não haverá despesa alguma ao participante de pesquisa.

Benefícios:

Segundo a pesquisadora: Os benefícios desta pesquisa incluem os resultados que ajudarão a conhecer melhor os efeitos da pandemia nos serviços e na vida dos profissionais de saúde, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos negativos da pandemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante na área da saúde pública que tem como objetivo analisar os efeitos da pandemia pelo SARS-CoV-2 na gestão e assistência à saúde no SUS e poderá contribuir para conhecer melhor os efeitos da pandemia nos serviços e na vida dos profissionais de saúde, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos negativos da pandemia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento (TA), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda a declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

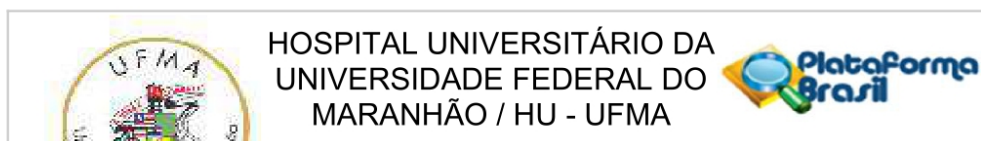
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	comic.pdf	25/08/2020 08:23:41	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1595362.pdf	07/08/2020 20:34:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_dispenza_TCLE.pdf	07/08/2020 20:33:31	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	07/08/2020 20:32:57	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	Termo_compromisso_dados.pdf	07/08/2020 20:31:55	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_4185092.pdf	07/08/2020 20:30:50	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVIII.pdf	07/08/2020 20:30:39	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TALE_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:30:11	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLEb_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:29:47	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:29:22	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVI.pdf	07/08/2020	Francenilde Silva de	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

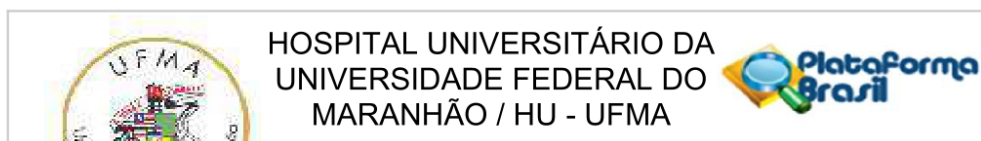
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

Outros	TCLE_subprojetoVI.pdf	20:29:01	Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoV.pdf	07/08/2020 20:28:23	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoIV.pdf	07/08/2020 20:27:51	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVID.docx	07/08/2020 20:26:34	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Orçamento	Base_de_Custos.pdf	27/07/2020 16:33:32	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	anuencia_SES.pdf	24/07/2020 20:58:58	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	23/07/2020 22:46:51	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia_pesquisadores.pdf	23/07/2020 22:37:30	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	anuencia_SEMUS.pdf	23/07/2020 22:27:11	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/07/2020 22:16:38	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_apoio_infraestrutura_UFMA.pdf	23/07/2020 22:15:10	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Solicitacao_pesquisador_responsavel.pdf	23/07/2020 22:14:56	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/07/2020 21:38:05	Francenilde Silva de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 25 de Agosto de 2020

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br