



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

WAGNER RAMEDLAV DE SANTANA SILVA

**A GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA COVID-
19: ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VITÓRIA DE
SANTO ANTÃO - PE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

WAGNER RAMEDLAV DE SANTANA SILVA

**A GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA COVID-19:
ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VITÓRIA DE
SANTO ANTÃO - PE**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2020

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4/2018

S586g Silva, Wagner Ramedlav de Santana.
A gestão do cuidado na atenção básica no contexto da covid-19: estudo de caso em uma unidade básica de saúde de Vitória de Santo Antão - PE/ Wagner Ramedlav de Santana Silva. - Vitória de Santo Antão, 2020.
41 folhas.

Orientadora: Fabiana de Oliveira Silva Sousa.
TCC (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2020.
Inclui referências anexo e apêndice

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Infecções por Coronavírus. 3. Centros de Saúde - Vitória de Santo Antão-PE. I. Souza, Fabiana de Oliveira Silva (Orientadora). II. Título.

614.0981 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE - 111/2020

WAGNER RAMEDLAV DE SANTANA SILVA

**A GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA COVID-19:
ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VITÓRIA DE
SANTO ANTÃO - PE**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 15/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dra Petra Oliveira Duarte (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Me. Dara Andrade Felipe (Examinador Externo)
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

RESUMO

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção à saúde e o serviço que está mais próximo da comunidade. Para uma gestão do cuidado efetiva, devem-se articular todos os tipos de tecnologias em saúde, pois os sujeitos e o enfrentamento da Covid-19 apresentam necessidades complexas de saúde. Sabendo-se, portanto, a importância da atenção básica e do seu papel no cuidado a população durante a pandemia para garantir o acesso e a continuidade do cuidado da população, torna-se evidente a necessidade de estudar a gestão do cuidado nesse nível assistencial. Esse estudo objetivou analisar a gestão do cuidado em uma unidade básica no contexto da Covid-19 no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que foi realizada no período de agosto a novembro de 2020. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 7 profissionais da equipe de saúde da família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica que atuam em uma unidade básica de saúde. Os dados foram analisados através da técnica da análise de conteúdo. Foram identificados os seguintes resultados: dificuldades no início da pandemia, principalmente pela falta de informações e de EPI; foram canceladas todas as atividades grupais e marcação de consultas, tendo em vista a aglomeração para realização destas; os profissionais utilizam diversas tecnologias na organização do cuidado com predomínio da tecnologia leve. Foram citadas dificuldades por oferta irregular de EPI, necessidade de melhoria no processo de acolhimento, ações de educação em saúde e educação permanente. É necessário fortalecer as discussões entre equipe gestora e os profissionais sobre a gestão de ferramentas de gestão do cuidado tendo a APS como porta de entrada principal e ordenadora do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Integralidade.

ABSTRACT

Primary care is the first level of health care and the service that is closest to the community. For an effective care management, all types of health technologies must be articulated, as the subjects and the confrontation of Covid-19 have complex health needs. Knowing, therefore, the importance of primary care and its role in caring for the population during a pandemic to guarantee access and continuity of care for the population, the need to study care management at this level of care becomes evident. This study aimed to analyze the management of care in a basic unit in the context of Covid-19 in the municipality of Vitória de Santo Antão, Pernambuco. This is a qualitative research of the type of case study that was carried out from August to November 2020. Semi-structured evaluations were considered with 7 professionals from the family health team and the Extended Nucleus of Family Health and Primary Care who work in a basic health unit. The data were visible from the content analysis technique. The following results were identified: difficulties in the beginning of the pandemic, mainly due to the lack of information and PPE; all group activities and scheduling appointments were canceled, in view of the agglomeration to carry out these; professionals with different technologies in the organization of care with a predominance of light technology. Difficulties were cited due to irregular provision of PPE, the need to improve the reception process, health education actions and permanent education. It is necessary to reinforce the performance between the management team and the professionals on the management of care management tools with PHC as the main entrance and ordering of care.

Keywords: Primary Health Care. Covid-19. Integrality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Atenção básica à saúde no Brasil e o desafio da integralidade	11
3.2 Gestão do cuidado	14
3.3 O desafio da gestão do cuidado no enfrentamento da Covid-19.....	16
4 OBJETIVOS	18
4.1 Objetivo Geral	18
4.2 Objetivos Específicos	18
5 METODOLOGIA.....	19
5.1 Tipo de estudo.....	19
5.2 Local e período de estudo	19
5.3 Participantes da pesquisa	20
5.4 Coleta de dados	20
5.5 Análise dos dados	21
5.6 Aspectos éticos	21
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
6.1 Organização do processo de trabalho.....	22
6.2 Atividades realizadas	24
6.3 Tipos de tecnologias utilizadas.....	26
6.4 Dificuldades.....	28
7 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	37
APÊNDICE A - ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA.....	41

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil tida como sinônimo de Atenção Básica (AB), é o primeiro nível de atenção à saúde e possui o primeiro contato com o usuário. Além de ser ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é o serviço que está mais próximo da comunidade e, conseqüentemente, possui um maior vínculo e conhecimento das peculiaridades e vulnerabilidades sociais das famílias.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é constituído por uma equipe multiprofissional e foi criado em 2008 com o intuito de apoiar a AB. O Ministério da Saúde recomendou, na ocasião da criação do NASF, que as equipes utilizassem o apoio matricial como principal referencial teórico e metodológico para organizar o processo de trabalho, ofertando retaguarda assistencial e apoio técnico-pedagógico às equipes de saúde da família (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A retaguarda assistencial é realizada através de grupos, atendimentos e visitas compartilhadas. E o apoio técnico-pedagógico é realizado especialmente a partir da educação permanente. Esta é realizada no próprio ambiente de trabalho e reúne toda a equipe de saúde da família (eSF) e do NASF em torno de temas e problemas relacionados ao processo de trabalho, sendo os temas demandados pela equipe ou pela comunidade (BRASIL, 2014).

Todavia, a APS ainda enfrenta muitos desafios como o modelo médico-assistencialista que ainda é muito vigente no país, dificultando o cuidado a partir da atenção preventiva e comunitária, o trabalho interprofissional e da educação em saúde. Há também uma grande inadequação na formação de profissionais de saúde para atuarem na APS, principalmente no profissional médico, o qual ainda possui uma formação muito voltada à clínica. Outra barreira é o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois só funcionam durante o dia, dificultando o acesso à classe trabalhadora (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Para superar a fragmentação do cuidado e mudar o modelo de atenção em saúde é preciso implementar ferramentas de gestão do cuidado que buscam assegurar o princípio da integralidade (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Especificamente na atenção básica existem algumas ferramentas que podem ser utilizadas para gerir o cuidado, tais como: projeto terapêutico singular (PTS), apoio matricial, acolhimento e clínica ampliada. A implementação do NASF potencializou o uso de algumas dessas ferramentas.

Para avançar na implementação de ferramentas de gestão do cuidado é preciso investir na formação dos profissionais de saúde para utilizar tecnologias leves no seu fazer cotidiano. Para Merhy (2002) as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias; e as duras são as dos recursos materiais.

A utilização das tecnologias referentes às relações sociais presentes nos processos gerenciais – como o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a responsabilização – podem intervir na produção do cuidado. Essas tecnologias são provenientes das relações humanas com intuito de satisfazer as necessidades dos usuários e valorizar os envolvidos (trabalhador e usuário de saúde) com vistas ao fortalecimento da concretização do cuidado (SILVA *et al.*, 2017).

Para uma gestão do cuidado efetiva, devem-se articular todos os tipos de tecnologias em saúde, pois os sujeitos possuem necessidades complexas desde uma escuta qualificada no acolhimento, seguindo protocolos até um procedimento de maior densidade tecnológica. Este processo torna-se particularmente relevante no enfrentamento de contextos complexos como é o caso do enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Em dezembro de 2019 houve o primeiro caso da síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2) na cidade de Wuhan, na China, a qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou de Covid-19 (doença de coronavírus 2019). Por ser uma doença viral de alto poder de transmissão, em março de 2020, a OMS declarou uma pandemia, pois já acometia vários países em todo o mundo, acarretando um aumento exponencial de mortalidade pelo fato do vírus causar dificuldade respiratória aguda grave, podendo ocasionar infecções que podem levar a pneumonia viral. A grande maioria dos acometidos pela doença são idosos com alguma comorbidade (hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, principalmente) e fazem parte do grupo de risco da doença (OLIVEIRA; MORAIS, 2020).

Nesse contexto, é importante fortalecer a Rede de Atenção à Saúde necessária para o cuidado às pessoas com Covid-19, especialmente a Atenção Básica como primeiro nível de atenção que tem papel estratégico na coordenação do cuidado.

Sabendo-se, portanto, a importância da atenção básica e do seu papel no cuidado durante a pandemia para garantir o acesso e a continuidade do cuidado da população adscrita, torna-se evidente a necessidade de estudar a gestão do cuidado nesse nível assistencial.

Nessa perspectiva, esse estudo buscou responder a seguinte questão: Como a gestão do cuidado tem sido realizada no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no âmbito de uma unidade básica de saúde do município de Vitória de Santo Antão?

2 JUSTIFICATIVA

Frente ao atual cenário da pandemia da Covid-19 no mundo, fazem-se necessárias reflexões sobre o processo de gestão do cuidado integral e articulações da APS com o território, para o enfrentamento desta crise sanitária, econômica e social. Também é necessária a reorganização do processo de trabalho por meio da incorporação de novas tecnologias de cuidado, bem como o fortalecimento de políticas públicas intersetoriais que reforcem as redes comunitárias e considere o território enquanto vida pulsante.

A partir dessas perspectivas, a atenção primária à saúde no Brasil, como nível de atenção de maior capilaridade, vínculo, longitudinalidade, integralidade do cuidado e orientação comunitária no SUS, se expressa como o espaço mais potente da rede de atenção à saúde no cenário de pandemia.

No entanto, é necessário para tal alcance, que os profissionais da atenção primária sejam reconhecidos como essenciais no enfrentamento da Covid-19, sem deixar de observar as outras demandas de cuidado no território, tanto pelos atributos acima citados, quanto pelo seu contingente, tendo em vista que somente de agentes comunitários de saúde são cerca de 240 mil profissionais. Recentemente na revista *The Lancet* (2020) foi publicado um artigo que ressalta a importância destes trabalhadores e potentes sujeitos a serem inseridos no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido para resposta à Covid-19.

Diante deste contexto, acredita-se ser importante a realização de estudos locais sobre a gestão do cuidado no âmbito da atenção primária no contexto da pandemia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção básica à saúde no Brasil e o desafio da integralidade

Nesse estudo, consideraremos os termos atenção primária a saúde e atenção básica a saúde como sinônimos. No Brasil, o conceito inserido na Política Nacional de Atenção Básica é

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

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual era formado por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) coordenados por um enfermeiro. Três anos depois (1994) foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), onde em 2006 passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo em vista de que este não era apenas um programa temporal, e sim uma estratégia que vinha produzindo mudanças significativas nos indicadores de saúde (LEITE *et al.*, 2016).

Com a expansão das equipes de saúde da família no território nacional, em 2000 houve a inclusão das equipes de saúde bucal viabilizando que cuidados de saúde bucal integrassem as ações da AB. Dessa forma, estabelece-se uma nova perspectiva para a consolidação do conceito de integralidade do cuidado promovido pela ampliação e qualificação do escopo de ações em saúde bucal, com impacto nas ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (NASCIMENTO, 2013).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da AB (BRASIL, 2008).

A princípio existia 3 tipos de equipes NASF: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O NASF 1 deveria estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), com mínimo de 200 horas semanais onde cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal; o NASF 2, de 3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas, com mínimo de 120 horas semanais onde cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal; e o NASF 3, de 1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas, com mínimo de 80 horas semanais onde cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal (BRASIL, 2012).

Uma equipe NASF poderia ser composta por uma equipe multiprofissional, com nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, profissional de educação física, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, veterinário, sanitaria e várias especialidades médicas. A formação desta equipe era realizada por demandas e necessidades da população buscando agregar, assim, novas possibilidades de cuidado que sejam condizentes com as realidades locais. Portanto, era preciso um olhar atento às informações levantadas na análise do território e da rede de serviços (BRASIL, 2014).

A equipe NASF deveria funcionar dando apoio às equipes de atenção básica na RAS ampliando a abrangência, o escopo e a qualidade das ações, e contribuir para o aumento de sua capacidade de cuidado. As atividades poderiam englobar ações realizadas conjuntamente (NASF + eAB), ações realizadas somente pelos profissionais do NASF ou realizadas somente pelos profissionais da equipe de AB com apoio do NASF (BRASIL, 2014).

Alaion (2017) realizou uma pesquisa no município de Guarujá, acompanhando as atividades já existentes sobre as questões de saúde mental infantil, a qual se mostrava insuficiente produzindo uma necessidade de outro jeito de acolher. Com o NASF recém-implantando, houve a construção de uma roda de conversa juntamente com a equipe de AB como um espaço de acolhimento para crianças e suas famílias em encontros quinzenais de uma hora, intercalando-se atendimento ao grupo de responsáveis e ao grupo de crianças. Esta atividade produziu alterações positivas nos fluxos da rede em que a AB, saúde mental,

assistência social, educação, onde as crianças passaram a compreender este espaço e utilizá-lo de distintas maneiras.

Neste contexto, também surgiram outras políticas que visaram ampliar a integralidade na APS. A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o intuito de promover o cuidado integrado entre gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). Alia-se ao contexto, a criação da Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS em 2006 visando a integração do saber científico com as práticas tradicionais de cuidado (BRASIL, 2006), e a Atenção Domiciliar que garante a continuação do cuidado, por uma equipe multiprofissional, de pessoas que não podem sair de suas residências (BRASIL, 2016).

Em 2017, o Ministério da Saúde aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde trouxe algumas mudanças em relação a PNAB de 2011, dentre elas a nomenclatura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que passou a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Outras principais mudanças foram a população adscrita por eAB ou eSF, onde antes era no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, passando a ser de 2.000 a 3.000 pessoas; a inclusão do agente de combate à endemias às equipes; a não obrigatoriedade de total cobertura territorial por agentes comunitários de saúde, apenas em áreas de maior vulnerabilidade, dentre outras (BRASIL, 2017).

Apesar das iniciativas para fortalecer a atenção básica no Brasil, ainda são identificados inúmeros desafios para consolidá-la como porta de entrada e ordenadora do cuidado integral na rede de saúde. A alta rotatividade de profissionais médicos para as ações e serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fragmentação entre os diferentes pontos e desarticulação comunicacional na rede limitam o acesso oportuno à população (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

O trabalho em equipe, baseado na interprofissionalidade e compartilhamento de informações, constitui-se como fator importante para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Porém, são apontadas algumas dificuldades no processo de trabalho na ESF, tais como: falta de infraestrutura, planejamento insipiente, frágil interação entre os trabalhadores e fragmentação na produção do cuidado. Nesse cenário complexo, fica cada dia mais evidente a necessidade de implementar estratégias de gestão do cuidado que possibilitem a organização de

processos de trabalho produtores de acolhimento, vínculo, de atenção integral e resolutiva (SANTOS *et al.*, 2016).

3.2 Gestão do cuidado

Segundo Leonardo Boff (2017, p. 25) “cuidar é mais que um ato; é uma atitude”, ou seja, é como o sujeito se comporta diante da vida. O cuidado já nasce intrinsecamente atrelado ao homem, pois o desenvolvimento deste é definido por relações de mútua dependência. Relações essas que devem possuir caráter de sujeito-sujeito, ou seja, cuidar de si, do outro e do mundo se envolvendo com afetação, pois no processo de cuidado não há como um dos atores não se envolver completamente. Portanto, a prática do cuidado em saúde é ambivalente, pois o ato retroage para si mesmo.

De acordo com Ayres (2004), o cuidado é uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. O cuidar põe em cena tipos de saberes que se distinguem da técnica e da ciência. Ao se considerar esses outros tipos de saberes no momento assistencial adotam-se trocas mais amplas de subjetividades.

Segundo Cecílio (2011) a gestão do cuidado em saúde é a oferta de tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades individuais, em cada momento da vida, visando produzir bem-estar, segurança e autonomia do sujeito no seu processo de cuidado.

Na primeira metade do século XX, as tecnologias em saúde eram relacionadas à intervenção médica. Logo, eram associadas a equipamentos e medicamentos, em uma concepção de tecnologia como produto (tecnologia dura). Em meados do mesmo século, a partir de conferências internacionais (Conferência de Alma Ata e de Ottawa, p. ex.) o cenário no âmbito da saúde começou a voltar os saberes para o desenvolvimento de ações que promovessem a saúde e possuísem maior enfoque no processo de cuidado (tecnologia leve) ao invés dos produtos. A partir de então, era preciso concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos de pacientes, com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos (PEREIRA *et al.*, 2016).

A gestão do cuidado ainda precisa ser fortalecida no âmbito dos serviços de saúde. Muitas pessoas desistem de realizar alguns tipos de procedimentos especializados por terem que fazer a marcação na UBS e não consegue, por possuir fichas limitadas. Em relação a um exame específico, a dificuldade no acesso decorre muitas vezes da insuficiência na oferta do serviço na região, produzindo assim vazios assistenciais e, até agravamento dos problemas (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Segundo Garuzi *et al.* (2014) o acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH-SUS) no Brasil. Definido como a recepção do usuário no serviço de saúde, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário.

O acolhimento é muito mais que uma atitude de escuta qualificada. É um compromisso com a responsabilidade do cuidado, a resolutividade dos problemas e os encaminhamentos necessários (COUTINHO *et al.*, 2015 apud OLIVEIRA *et al.*, 2017). Deve-se integrar o conhecimento científico com os saberes populares, acolhendo suas culturas, religiões e pensamentos para que o processo de cuidado seja mais eficaz.

Garuzi *et al.* (2014) considera a rede assistencial de um serviço como uma verdadeira rede de conversação, onde cada nó (encontro com o usuário) envolve várias técnicas específicas (inclusive a conversação), e concebe o acolhimento como dispositivo que promove a articulação com diferentes atividades num espaço coletivo de conversações. Logo, o acolhimento implica em atendimento resolutivo e responsável, constituindo um momento de aproximação com o usuário e possibilitando o resgate de valores de solidariedade, cidadania, respeito com o outro e estabelecimento de vínculo entre todos os envolvidos neste processo.

Os processos de educação permanente podem fortalecer o desafio da compreensão de como acontece o cuidado em saúde e as relações de vínculo e empatia com o usuário, as quais se encontram na dimensão subjetiva e micropolítica de cada profissional e na singularidade do trabalho cotidiano (GRAFF; TOASSI, 2018).

A clínica ampliada visa acolher e produzir intervenções frente às necessidades dos usuários, incluindo não só a clínica, mas também o uso de

práticas que auxiliem no processo terapêutico, como práticas corporais, PICS, etc. É feita a articulação de diferentes núcleos de saberes, onde há uma escuta qualificada e capacidade de pactuação com o usuário (MENDES; CARVALHO, 2015).

O projeto terapêutico singular foi criado na perspectiva de uma construção coletiva de intervenções e propostas que auxiliem na resolução de casos complexos que mobilizam a equipe como um todo. Com um conjunto de propostas terapêuticas ao indivíduo, o PTS melhora a qualidade do serviço prestado, pois os profissionais envolvidos levam em conta as necessidades de saúde do sujeito (DEL ANTONI; TONHOM; CHIRELLI, 2017).

3.3 O desafio da gestão do cuidado no enfrentamento da Covid-19

Além da demanda tradicional da AB, é necessário também atender a demanda de pessoas infectadas pelo Covid-19 de forma que não promova o contágio. A OMS e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) emitiram documento recomendando várias ações para organizar a atenção a saúde no âmbito da AB. Outros autores também têm se debruçado sobre o estudo de estratégias eficazes para garantir a atenção resolutiva desse nível assistencial nesse cenário de pandemia.

A necessidade do trabalho interprofissional tem sido apontada como uma potencialidade da AB nesse enfrentamento, especialmente nas demandas relacionadas à saúde mental, ainda que à distância, para garantir uma atenção integral e continuada, para pessoas que voltam dos hospitais e as famílias enlutadas (NEDEL, 2020).

As unidades básicas de saúde, além dos hospitais e das Unidades de Pronto Atendimento, têm fundamental importância para a contenção da disseminação do vírus, tendo em vista que respondem ao primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.

A atenção básica é referência no combate à Covid-19, pois pode realizar diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento, monitoramento de casos e pode dar contribuição promovendo o isolamento social através de ações de educação em saúde e mobilização comunitária. O processo de trabalho na APS também envolve atividades educativas como a higienização das mãos, o uso de equipamentos de

proteção individual (EPI), desinfecção de superfícies e acondicionamento adequado dos resíduos de saúde (BARBOSA; SILVA, 2020).

Com isso, é necessário desenvolver um conjunto de intervenções efetivas para a AB, expandindo a capacitação e educação permanente dos profissionais da ESF, tendo em vista a tensão que vivenciam no contexto de enfrentamento da pandemia e das necessidades de manutenção de suas atividades no território onde atuam. Atividades essenciais como vacinação e medicação também devem ser pensadas pelas autoridades para que ocorram de forma segura e efetiva. Dessa forma a eSF terá mais respaldo para difundir orientações sobre autocuidado e cuidado social, e identificação de sinais de alerta e gravidade para procurar a UBS ou outros serviços de saúde com maior complexidade (FACCHINI, 2020).

A pandemia pela Covid-19 trouxe a necessidade de novas estratégias para o seu enfrentamento pela atenção primária à saúde. Barra *et al.* (2020) realizou um estudo na APS do município de Uberlândia-MG, onde a população idosa com comorbidades vem sendo estratificada por risco. A partir daí, foram elaborados materiais específicos para o momento através de vídeos-aulas, fluxogramas, matrizes de gerenciamento e planos de ações. Foram utilizadas estratégias como realizar a campanha de influenza nos domicílios, iniciando pelos idosos frágeis; disponibilização do telefone da UBS para qualquer necessidade, evitando que a população saia de casa; acompanhamento de idosos com comorbidades por meio de visitas domiciliares, contato telefônico ou *WhatsApp*; dentre outras.

Mas, é importante destacar que não há uma única forma de organizar essa rede de cuidado, principalmente em um país com realidades tão diversas como o Brasil. Assim, cada município tem desenvolvido um processo de reorganização do processo de trabalho das equipes que atuam na atenção básica, com vistas a implementar as melhores estratégias de cuidado de acordo com a necessidade e realidade local de cada território.

Nesse sentido, estudos aprofundados sobre a realidade de cada território e a análise das estratégias de gestão do cuidado empreendidas no âmbito da atenção básica são relevantes para construção de conhecimento que subsidie os serviços de saúde em contextos de epidemia.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia provocada pela Covid-19 no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever a organização e os tipos de atividades realizadas pelos trabalhadores da AB;
- Caracterizar os tipos de tecnologias utilizadas na operacionalização do cuidado pelos trabalhadores da AB; e
- Analisar a compreensão dos trabalhadores da AB sobre a organização do cuidado a partir do uso das diferentes tecnologias.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. Segundo Oliveira (2017) estudo de caso é um método qualitativo que consiste, geralmente, em uma forma de aprofundar e compreender uma unidade individual, os processos organizacionais ou coletivos da sociedade. Os estudos de casos podem ser: descritivos, cujo objetivo é descrever o estudo de caso; analíticos, quando se quer problematizar ou produzir novas teorias que irão procurando problematizar o seu objeto; e exploratórios, quando se quer encontrar informações preliminares sobre o assunto estudado.

A pesquisa qualitativa busca a “intensidade do fenômeno”, ou seja, trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (ONWUEGBUZIE; LEECH, 2007 apud MINAYO, 2017).

5.2 Local e período de estudo

Esta pesquisa foi realizada, no período de agosto a novembro de 2020, na rede de atenção básica do município de Vitória de Santo Antão – PE que, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) tem 129.974 habitantes.

A rede de atenção básica do município é composta por 38 UBS's e 5 equipes de NASF-AB.

Para realização desse estudo, escolheu-se uma UBS que atendesse aos seguintes critérios: localizar-se próxima ao Centro Acadêmico de Vitória e, portanto, fosse de fácil acesso para coleta de dados. Além disso, deveria ser referência na formação de novos profissionais de saúde, onde vários trabalhadores da eSF e do NASF-AB atuassem como preceptores de estudantes de graduação, do programa de residência multiprofissional e do projeto PET Saúde Interprofissionalidade.

A UBS selecionada possui duas equipes de saúde da família, totalizando 2 enfermeiros e 1 residente, 3 técnicos de enfermagem, 2 médicos, 2 dentistas,

2auxiliares de saúde bucal (ASB), 16 ACSs, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 vigilante. Além disso, é apoiada pela equipe do NASF-AB composta por 1 profissional e 2 residentes de educação física, 1 profissional e 1 residente de psicologia, 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 profissional e 1 residente de fonoaudiologia, 1 sanitaria residente e 1 assistente social.

5.3 Participantes da pesquisa

Foram realizadas entrevistas com 5 profissionais da equipe de saúde da família e 2 do NASF-AB, de forma a contemplar uma variedade de funções/profissões atuantes nesse âmbito. Assim, foram 2 profissionais de nível médio e 5 de nível superior.

Foram incluídos os profissionais que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa e que atenderam ao critério de inclusão de possuir, pelo menos, um mês de experiência na eSF ou NASF-AB durante o processo da pandemia.

5.4 Coleta de dados

O método de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada que é realizada a partir de algumas perguntas norteadoras, tendo seu percurso maleável a posicionamentos do entrevistado e do entrevistador (BELEI, 2008).

Os participantes da pesquisa foram contactados via telefone. Foram convidados para colaborar e receberam todas as informações sobre a pesquisa. Foram agendados dia e horário de acordo com a disponibilidade de cada participante.

Considerando que, no período da coleta de dados, o município estudado ainda apresentava alto número de casos confirmados de Covid, optou-se em realizar as entrevistas de modo remoto. Utilizou-se a ferramenta *Google Meet*, onde foi solicitada autorização para gravação da entrevista para posterior transcrição e análise. Foi utilizado notebook da marca Lenovo e conexão por internet para viabilizar a entrevista no formato on-line. As entrevistas variaram entre 15 e 60 minutos.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi enviado por e-mail ou *WhatsApp*. Foi solicitado que o participante assinasse o termo e o enviasse para o

pesquisador responsável. Somente após assinatura do TCLE é que foram realizadas as entrevistas.

5.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados através da técnica da análise de conteúdo.

Bardin (2010) apresenta a análise de conteúdo como uma técnica da análise qualitativa. A proposta foi elaborada na década de 70 e parte de três fases para ser realizada: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados e interpretações.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Essa organização é dividida em cinco etapas: a leitura flutuante (etapa a) se estabelece um contato com os documentos coletados, buscando um entendimento deste material para que então possa realizar a escolha dos documentos (etapa b), que consiste na delimitação do que será analisado; com isso é realizada a formulação de hipóteses e objetivos (etapa c), como também a referenciação dos índices e elaboração de indicadores (etapa d), para gerar a preparação do material (etapa e), onde, antes da análise propriamente dita, o material reunido deve ser preparado formalmente.

A exploração do material é a fase que compreende a exploração do material com a definição de categorias. Esta segunda etapa viabiliza ou não a riqueza de informações e inferências. A terceira fase é onde ocorrem condensação e ênfase das informações para análise, resultando nas interpretações inferenciais, análises reflexivas e críticas.

5.6 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que se refere sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE e foi aprovado conforme parecer nº 4.213.383 (Anexo A), resguardando os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e da não maleficência.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Organização do processo de trabalho

Os profissionais relataram dificuldades no início da pandemia, principalmente pela falta de informações e de EPI. Uma profissional alega que as equipes tiveram apenas uma reunião com a gestão municipal onde foi explanado, de modo superficial, sobre todo cenário pandêmico e as informações sobre funcionamento do serviço. É importante ressaltar que tal comunicação da equipe gestora junto às eSF era de suma importância para a organização do trabalho e apoio às equipes da AB.

A definição e pactuação de um novo fluxo de funcionamento das equipes e reorganização das atividades só foi possível após algumas reuniões de equipe e publicação de documentos norteadores do ministério da saúde e secretaria estadual.

Na verdade, tivemos só uma reunião, logo quando começou. E aí nesta reunião foi repassado tudo. Como é que ia ser, de maneira assim, bem geral. Como é que a gente ia trabalhar. Porque a gente tinha dúvida quanto a estrutura, a gente tinha dúvida em relação às outras consultas rotineiras, como é que a gente ia atender essas pessoas, a gente tinha a dúvida como é que a gente ia trazer esse público que tinha sintomas de síndrome gripal, sem se misturar com as outras pessoas que estavam ali. Então, assim, logo no ápice, foi bastante difícil. Aí depois melhorou mais, porque saíram notas técnicas, saíram vários decretos e foi norteando a gente. (ESF4)

Dentre as mudanças implementadas, foi muito citado: o revezamento de profissionais presentes na UBS para não gerar aglomeração, a mudança da sala de vacina para um local mais isolado, agendamento com hora marcada para alguns usuários, definição de locais de atendimento distintos para usuários sintomáticos respiratórios dos demais, que só foi possível nessa unidade estudada porque tem uma estrutura física ampla. Esse processo demandou muito diálogo entre os profissionais.

A gente conseguia fazer algumas reuniões para tentar organizar isso e a gente recebia o palpite de um, e de outro e assim reorganizando. Conversava também com o pessoal da secretaria. Teve uma tarde mesmo que a gente ficou até fora do nosso horário, marcando o chão com fita, colocando papéis nas cadeiras para poder desmarcar, para direcionar onde era

as pessoas da vacina, em que corredor a gente ia colocar os demais. (ESF 4)

Reduzimos o número de atendimentos, construímos um protocolo de como seria essa volta, quais cuidados nós teríamos, o uso de EPIs, a quantidade limitada de atendimentos, marcar pacientes por hora para não chegar tudo de uma vez e aglomerar no posto. (NASF 1)

Contudo, este processo de organização foi diferente para as eSF e para o NASF-AB. Durante os primeiros meses da pandemia o NASF-AB não atuou de forma direta na AB, sendo desviado para outras atividades. Nesses primeiros momentos, a SMS não enxergou as potencialidades que tal equipe possui para uma intervenção mais eficaz.

Uma coisa que a gente não fez e que deveria, era sentar e conversar todo mundo. Dizer assim "oh pessoal, a gente tá vivendo isso, o que a gente pode fazer?". (NASF 2)

A gente do NASF foi deslocado para outras atividades, outras ações de conscientização da população nas barreiras sanitárias, então tivemos que mudar realmente toda nossa forma de trabalho que a gente vinha fazendo. (NASF 1)

Para atender aos princípios e diretrizes da APS de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, competência cultural, orientação familiar e comunitária, as ESF precisam reorganizar todo seu processo de trabalho para atender à essa demanda mesmo diante da pandemia. Com isso, vem o desafio de se pensar em conjunto novas formas de atendimento e desenvolvimento das atividades, respeitando o isolamento social (MACIEL *et al.*, 2020).

Os insumos para controle e prevenção e os EPI foram grandes desafios para todos os serviços de saúde no início da pandemia. Em Belo Horizonte, por falta de informação e medo de contágio, houve um grande aumento no consumo destes produtos. Não demorou muito para a capital ter dificuldades para encontrar fornecedores, fazendo com que a área técnica desenvolvesse uma agenda para a aquisição dos insumos de forma ágil (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Mesmo com frágil direcionamento da gestão no início da pandemia e o pouco conhecimento sobre a importância do NASF-AB, as equipes de saúde

demonstraram esforço e diálogo entre si para a construção e manutenção das atividades no município estudado.

Chamou atenção o frágil direcionamento para o trabalho da equipe do NASF-AB, indicando uma dificuldade de reconhecer o papel que essa equipe poderia desenvolver no enfrentamento da pandemia. Isso pode ser decorrente de fragilidades apresentadas no processo de trabalho do NASF-AB antes da pandemia. Um estudo realizado por Nascimento e Cordeiro (2019) sobre o processo de trabalho do NASF-AB identificou uma realidade onde as equipes possuíam um trabalho fragmentado e com foco assistencialista, sem fazer uso de tecnologias de intervenção populacional.

6.2 Atividades realizadas

A priori foram canceladas todas as atividades grupais e marcação de consultas, tendo em vista a aglomeração para realização destas. O alvo de atendimento das equipes está sendo pacientes com síndrome gripal e atendimentos de urgência, assim como visitas domiciliares às populações vulneráveis e de risco, como: idosos, hipertensos, diabéticos, acamados, gestantes e crianças de risco. Consultas essenciais como pré-natal e puericultura continuam sendo realizadas com dia e horário marcado, tendo um intervalo mínimo entre uma consulta e outra para higienização das salas e dos instrumentos utilizados, como pode ser visto a seguir:

O que a gente conseguiu fazer logo nesse ápice era atendimentos urgentes, eram aqueles casos realmente que tinham aquelas visitas de idoso frágil, que a gente não tinha de maneira nenhuma, deixar esperar. Tudo que tinha atividade de grupos, tudo foi cancelado porque não podia ter essa aglomeração. A gente fazia muita consulta, de pacientes com sintoma de coronavírus, com síndrome gripal. Questão de pré-natal não parou [...] só que a gente marcava um horário separado. [...] Questão de atendimento de criança de risco, a gente tava conseguindo fazer nas casas mesmo, marca um horário reservado, onde a criança pudesse vir ao posto com intervalo de quarenta minutos entre cada paciente. Muitos ACS tentavam ajudar pessoas e passar informações via *WhatsApp*, grupos que eles tinham que tem as mães. (ESF 4)

A gente tá atendendo demanda espontânea, dando preferência pra os pacientes que tem de certa forma uma urgência no atendimento. Então eu aproveito esses pacientes que chegam

pra mim com uma demanda de renovação de receita, com alguma outra queixa pra perguntar também sobre os problemas de base dele, sobre outras questões, pra tentar organizar eles quanto a isso. Depois da pandemia, muitos pacientes ficaram sem acompanhamento nenhum. (ESF 5)

Tendo em vista esta realidade no déficit de acompanhamento principalmente da população de risco que possui doença crônica, no dia 29 de outubro de 2020 o Ministério da Saúde instituiu, em caráter excepcional e temporário em decorrência da pandemia, a Portaria nº 2.994. Esta Portaria preconiza o incentivo financeiro federal para a atenção às pessoas com algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* ou obesidade no âmbito APS (BRASIL, 2020).

Há relatos internacionais exitosos que mostram a eficiência do uso da telemedicina como um instrumento de informática para evitar aglomerações nas unidades, realizar atendimento e acompanhamento não só às pessoas suspeitas de Covid-19 ou com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), mas também das pessoas portadoras de doenças crônicas que necessitam de um monitoramento contínuo. Contudo, algumas UBSs do Brasil têm dificuldade de acesso à internet e possuem um número mínimo de computadores, fazendo-se necessária a aquisição destes para melhor atendimento à comunidade (CABRAL, 2020).

Uma modificação importante foi a interrupção das atividades dos ACS diretamente no território. Esses profissionais ficaram trabalhando em escala de rodízio na unidade básica de saúde. Essa é uma mudança que pode ter interferido negativamente no acesso da população a algumas informações e ações de prevenção importantes nesse momento.

No início começamos a trabalhar com o sistema de rodízio, tinha os dias da gente ir e os dias de ficar em casa. Os dias que a gente ia, era só recebendo a população, não ia pra área, não tinha contato nenhum com o pessoal da área. Só quando tinha caso para encaminhar para o hospital, a gente tava encaminhando e orientando as pessoas. Quando era um caso mais leve, uma coisa que a gente via que não tinha necessidade do hospital, a gente resolvia. (ESF 2)

No momento que foram realizadas as entrevistas já haviam sido liberadas consultas eletivas, mas com uma quantidade limitada por turno, tanto para eSF

como para NASF-AB, tendo em vista o aumento exponencial de demanda por nutricionista e psicólogo.

Há alguns meses que nós estamos retomando nossas atividades: atendimentos, visitas domiciliares, só os grupos que ainda continua de forma *online* (2 grupos), mas existe grande dificuldade da população em lidar com a tecnologia. Nosso educador físico tem uma relação muito boa com os comunitários e chegou a ir na casa deles, visitar durante essa pandemia. Então alguns que ele conseguiu contato, ele conseguiu manter esse vínculo. Visita domiciliar a gente só tá fazendo 1 por dia, aos acamados e casos de urgência, usando os EPIs necessários e trocar se por acaso for fazer outra visita naquela mesma manhã. Aumentou bastante a demanda da psicologia e nutrição. (NASF 1)

Em Salvador, Bahia houve uma experiência semelhante para a classificação da população. O Ambulatório da Comunidade, unidade docente-assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, é um *lôcus* de cuidado e prática para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade que realiza atendimentos da população descoberta de ESF. Após discussão para a reorganização do processo de trabalho no decorrer da pandemia, se fez uma revisão da lista dos pacientes acompanhados no ambulatório. Em seguida, entraram em contato com os prioritários para atendimento, realizando-o através de um aplicativo, fazendo agendamento das pessoas com maiores necessidades de exame físico e demais orientações presenciais (SANTOS; FRANÇA; SANTOS, 2020).

6.3 Tipos de tecnologias utilizadas

Os entrevistados relataram fazer mais uso da tecnologia leve, como diálogo, acolhimento, reuniões, educação e promoção em saúde como orientações e atividade física, e apoio matricial. Porém, dois profissionais ressaltaram que, às vezes, existe uma certa forma de conflito entre o profissional e o usuário, sendo dessa forma o acolhimento prejudicado.

Na Unidade básica, principalmente, a gente utiliza mais, tecnologia leve, questão de diálogo, de conversar, o acolhimento das pessoas. Então, assim, isso foi algo muito importante durante a pandemia. Eu sinto que a questão do acolhimento é algo que precisa muito trabalhar. [...] A relação com o paciente é acolher ele, entender a necessidade dele, é

tentar ajudar da melhor maneira que a gente puder ajudar, claro, sim, sem se expor, mas aí conseguir se colocar naquela posição dele e conseguir ajudar da melhor maneira possível. Então, a questão da conversa é algo muito necessário. (ESF 4)

A gente fazia chamada de vídeo com a comunidade e ministrava aula a distância pelo *WhatsApp* com o pessoal do grupo que tinha mais vínculo. A gente criou uma ferramenta pra filtrar essa população, tipo um semáforo. O vermelho era o grupo idoso que a gente ia ligar a cada 15 dias pra perguntar como é que tá o isolamento e passar orientações; o grupo amarelo, que era um grupo que a gente fazia chamada de vídeo, dava orientações e fazia um alongamento que é uma atividade um pouco mais leve; e o grupo verde que é um grupo que não tem hipertensão, nem diabetes... era um grupo que já praticava atividade física antes com a gente...então o grupo verde a gente liberava uma chamada de vídeo pra fazer a pratica da atividade física à distância. Mas com o passar do tempo a adesão diminuiu porque é diferente de uma aula presencial com todo mundo junto, todo mundo conversando, e uma aula a distância assim... (NASF 2)

Sabe-se que na AB existem algumas ferramentas que podem ser utilizadas para a gestão do cuidado, tais como: Projeto Terapêutico Singular (PTS), apoio matricial, acolhimento e clínica ampliada. O NASF-AB oferta retaguarda assistencial às equipes, através do apoio multiprofissional e potencializa o uso destas ferramentas (SANTOS *et al.*, 2016). Com todo esse leque de instrumentos, a eSF juntamente com o NASF-AB devem pensar coletivamente em estratégias motivacionais para que a população continue ativa nestas práticas de promoção à saúde, e a equipe da SMS se reunir aos trabalhadores da AB e planejar como “gerir” essas ferramentas para construir ou implementar um cuidado mais integral e resolutivo.

Como tecnologia dura, o *software WhatsApp* e o aparelho celular foi e está sendo largamente utilizado pelos profissionais para realização de atividades grupais e também para dar orientações e sanar dúvidas. Todavia, com o passar do tempo a adesão aos grupos de forma remota foi diminuindo. A tecnologia leve-dura, como o instrumento feito para a categorização dos grupos de atividade física e os protocolos e decretos para liberação e operacionalização das atividades, também é bastante utilizada pelas equipes. A fala de um profissional do NASF-AB expressa isto:

A gente utilizou o aparelho celular pra fazer a comunicação com os comunitários que conseguia porque a maioria deles não

consegue, muitos não têm acesso também, então teve essa dificuldade. Além do celular, os protocolos que a gente vem até mudando, a gente construiu um e depois foi modificando, vendo que ali podia fazer uma modificação. (NASF 1)

É mais usada a internet. Porta à porta a gente faz as orientações. A gente fez muito chamada de vídeo. Os meus comunitários que são diabéticos e hipertensos, eu fiz um grupo e dava orientações. Mas depois que voltou o porta à porta, serve só para algumas dúvidas que eles têm pra tirar. (ESF 1)

Em Florianópolis as equipes de APS também foram orientadas a realizar busca ativa telefônica ou através de *WhatsApp* de usuários em situações de clínicas de maior risco ou vulnerabilidade. A ligação aos pacientes com risco moderado era feita de forma de atendimento à distância de tudo que fosse possível, e o atendimento presencial funcionou para os demais pacientes (DA SILVEIRA; ZONTA, 2020).

6.4 Dificuldades

Até o dia da coleta de dados alguns entrevistados relataram que ainda estavam com dificuldade em EPI, pois a oferta desses equipamentos estava irregular. Mesmo em algumas áreas de cobertura da ESF terem ocorrido óbitos por Covid-19, um nó crítico elencado foi de que a própria população é resistente em relação às medidas de prevenção e controle do vírus, como usar máscaras, lavar as mãos, manter o isolamento quando não precisar sair para serviços essenciais.

A própria população está achando que esse vírus acabou e que é brincadeira. As vezes a gente vai orientar, e não aceitam. Tem muita gente que chega sem máscara e quer ser atendido de todo jeito. Têm cabeça fechada, acham que é uma gripezinha. Tá matando muita gente, só na minha área faleceram 5, no início. Está precisando de mais EPI's, pois uma semana tem, outra semana não tem, aí dificulta o trabalho. (ESF 1)

Os profissionais relataram a necessidade de melhorar o processo de acolhimento, as ações de educação em saúde e educação permanente.

A gente tem que crescer no acolhimento, em relação a população eu vou percebendo que a gente tem que passar

mais informações sobre o Covid, a pandemia, trabalhar mais nessa questão de promoção e educação em saúde. A gente vai percebendo que as pessoas vão se deparando com situações da pandemia, mas ainda tem muita gente sem máscara, mesmo a gente orientando, andando como se tivesse tudo normal. [...] Eu acredito que nós precisamos crescer na educação permanente de toda equipe e primordialmente dos ACSs, que estão na ponta e a gente trabalhar esse processo de conscientização mesmo. Eu acho que falta mais estratégias pra o pessoal se conscientizar no básico, no lavar as mãos, que o pessoal tá deixando de fazer. (ESF 3)

Acho que o maior desafio é aproximação tanto com os ACS, com a estratégia, vínculo com a comunidade... A comunidade tá muito longe, entendeu? Tem que trazer mais, tem que participar mais de reunião. Na reunião de nasf por que o comunitário não participa? (NASF 2)

Uma estratégia a ser priorizada na AB neste momento é a educação em saúde, combatendo as *fake news*, tendo em vista a grande quantidade de informações trazidas pelas mídias sociais com informações inverídicas e anticientíficas, e fazendo com que a população compreenda e siga as orientações. Os ACSs podem potencializar esta prática, pois são os profissionais que mais conhecem a realidade de cada família, suas culturas e as singularidades de cada microárea do território (CABRAL, 2020).

As repercussões da pandemia trazem sérias implicações na saúde mental. O receio de adoecer ou morrer, ficar desempregado, o isolamento social, estresse, e a incerteza do futuro resulta no crescimento ou agravamento de condições crônicas e mentais. As pessoas que estão mais propensas a isto são as idosas, portadoras de doença crônica e mental, profissionais de saúde, e as que vivem sozinhas (LIMA *et al.*, 2020). Portanto, é importante ressaltar a importância das equipes NASF-AB permeando a rede horizontalizada, fazendo uso de estratégias para gestão do cuidado em todos os pontos das linhas de cuidado.

Têm muitos pacientes meus que tão com problemas psicológicos de ansiedade, depressão, que eu tenho certeza que se a gente conseguisse formular o grupo de saúde mental na unidade, teriam várias coisas que seriam resolvidas. [...] Essa questão de contato próximo, de você se aproximar ainda mais da população, ela fica prejudicada porque os próprios pacientes têm medo de vir até a gente. Até de reconhecimento do território mesmo, com isso de não ter tanta visita, até a quantidade de reuniões fica um pouco prejudicada. Então,

essas questões, elas dificultam um pouco na resolutividade da atenção primária. [...] Uma coisa que eu acho que falta lá na unidade, que a gente ainda não consegue fazer tanto são as práticas integrativas, infelizmente a gente não tá conseguindo fazer muita coisa ainda. (ESF 5)

A gente tá com muita dificuldade agora de nutrição, de psicologia porque a demanda tá muito grande. Eu acho que a AB agora precisa fortalecer a aproximação com outros pontos de saúde porque a rede não funciona realmente como rede, é uma rede fragmentada... cada um faz o seu... a AB faz o seu, CAPS faz o seu, policlínica faz o seu... (NASF 2)

A APS desempenha papel fundamental no combate à Pandemia, visto que, estudos indicam que grande parte dos casos de Covid-19 são leves ou moderados tratáveis na AB, que é porta de entrada preferencial para o SUS. Cabe à APS a abordagem de problemas decorrentes ou agravados com o isolamento social e instabilidade da vida social e financeira, como os transtornos mentais, violência doméstica, etilismo, tabagismo, agudização de agravos crônicos como a diabetes, hipertensão arterial ou o desenvolvimento de doença crônica. Deste modo, é imprescindível o uso de ferramentas que proporcione um cuidado integral e longitudinal (SARTI, 2020).

É sabido que a procura do serviço de primeiro contato para acompanhamento rotineiro ou alguma necessidade específica, facilita a formação de vínculo e coordenação do cuidado. Todavia, este nível de atenção trabalhando de forma isolada não produz a efetividade desejada, tendo em vista que a população tem problemas complexos e que necessita de outros níveis assistenciais de maior densidade tecnológica. Com isso, deve se sustentar a lógica de trabalho em rede sendo fundamental superar a fragmentação e potencializar a AB como porta de entrada preferencial e centro ordenador das ações e serviços de saúde (SOUSA, 2014).

7 CONCLUSÃO

O início da pandemia, por ser algo novo, acarretou inúmeras dificuldades para as equipes de saúde família, principalmente por falta de informações e de EPI. A gestão municipal também demonstrou fragilidade quanto à organização do processo de trabalho da AB, tendo em vista o pouco quantitativo de reuniões com as equipes para apoio e o pouco conhecimento sobre a importância da equipe NASF-AB como forte ator para atuar no combate à Covid-19.

O fato de não poder haver aglomerações fez com que as atividades grupais e consultas eletivas fossem canceladas. Logo, o alvo das equipes passou a ser apenas pessoas sintomáticas e a população de risco. Todavia, os atendimentos de pré-natal e puericultura continuam sendo realizados, mas com dia e horário agendado, evitando assim aglomeração na UBS. A realidade de algumas pessoas terem ficado desassistidas desde o início da pandemia, principalmente os doentes crônicos, por medo de frequentar a UBS, deve ser revertida com busca ativa para acompanhamento e monitoramento destas.

De forma geral foi relatado o uso de diversas tecnologias com predomínio das leves no processo de cuidado durante a pandemia. A ferramenta *WhatsApp* foi e está sendo largamente utilizada para orientações gerais, acompanhamento e realização de atividades físicas. Contudo, com o passar do tempo as pessoas diminuíram a adesão destas atividades. Isso traz a necessidade da eSF, juntamente com o NASF-AB, definirem estratégias motivacionais para que a população continue ativa nestas práticas de promoção à saúde.

Alguns problemas destacam-se no processo de trabalho das equipes: dificuldade em EPI, pois a oferta desses equipamentos estava irregular; resistência por parte da população em relação às medidas de prevenção e controle do vírus, como usar máscaras, lavar as mãos, manter o isolamento quando não precisar sair para serviços essenciais; necessidade de melhorar o processo de acolhimento, as ações de educação em saúde e educação permanente; crescimento da necessidade de profissionais de nutrição e psicologia; e fragmentação da rede. Esses aspectos devem ser superados.

Considerando os princípios de APS, a UBS selecionada não fez uso integral de ferramentas de gestão do cuidado à comunidade durante a pandemia. Portanto, enquanto profissional sanitária, recomendo que haja discussões entre a

SMS e os profissionais sobre a gestão de ferramentas de gestão do cuidado como acolhimento, educação em saúde, educação permanente, PTS, clínica ampliada, e integração entre todos os pontos da rede, tendo a APS como porta de entrada principal e coordenadora do cuidado. Esses pontos são necessários para o alcance da efetividade do cuidado no trabalho da AB no processo da pandemia.

REFERÊNCIAS

- ALAION, Allana Rodrigues. **Narrativas de um trabalho em saúde na Atenção Básica**: território, NASF e produção do cuidado. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, p. 73-92, 2004.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARRA, Rubia Pereira et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. **Aps em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 38-43, 2020.
- BELEI, Renata Aparecida et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de educação**, Pelotas-RS, v. 30, n. 1, p. 187-199, 2008.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. [s.l.]: Editora Vozes Limitada, 2017.
- BRASIL. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**-Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, nº 39).
- BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.
- BRASIL. Portaria nº 2.994, de 29 de outubro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020.
- BRASIL. Portaria nº 3124, de 24 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às

Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.

BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIS) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

CARLOMAGNO, Márcio C.; ROCHA, Leonardo Caetano. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, Curitiba, v. 7, n. 1, 2016.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface** Botucatu, v. 15, n. 37, 2011.

CUNHA, Gustavo T.; CAMPOS, Gastão W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

DEL ANTONI, Ana Carolina Ferreira Tsunoda; ROCHA TONHOM, Silvia Franco; CHIRELLI, Mara Quaglio. Cuidado ao idoso na atenção básica: práticas de educação em saúde do fisioterapeuta. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, p. 5-15, 2017.

FACCHINI, Luiz Augusto. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? **Aps em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2020.

GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 35, p. 144-149, 2014.

GRAFF, VINÍCIUS ANTÉRIO; TOASSI, RAMONA FERNANDA CERIOTTI. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e280313, 2018.

GUIMARÃES, Fabiano Gonçalves et al. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **Aps em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020.

IBGE. **Cidades@**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 nov.2019.

LEITE, Marinês Tambara et al. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: Revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 48, p. 106-115, 2016.

LIMA, Sonia Oliveira et al. Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], n. 46, p. e4006-e4006, 2020.

MACIEL, Fernanda Beatriz Melo et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4185-4195, 2020.

MELO CABRAL, Elizabeth Regina et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of medicine and health**, Campinas, v. 3, p. 1-12, 2020.

MENDES, Valéria Monteiro; CARVALHO, Yara Maria de. Sem começo e sem fim... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 603-613, 2015.

MERHY, Emerson Elias. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R, (orgs). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. pp. 113 - 150.

NASCIMENTO, Antonio C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. **International Dental Journal**, Chichester, v. 63, n. 5, p. 237-243, 2013.

NASCIMENTO, Arthur Grangeiro do; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

NEDEL, Fúlvio Borges. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca!. **Aps em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 11-16, 2020.

OLIVEIRA, Emanuelle. **Estudo de caso**, v. 18, 2017. Acesso em: 15 de nov. de 2019.

OLIVEIRA, Leonardo Hernandes de Souza et al. Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1309-1332, 2017.

PEREIRA, Déborah Santana et al. A tecnologia como ferramenta promotora da saúde. **Tecnologias Em Saúde**, p. 64, 2016.

PINHO BARBOSA, Simone; SILVA, Ana Valesca Fernandes Gilson. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da Covid-19. **Aps em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 17-19, 2020.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, p. e00172214, 2016.

SANTOS, Andreia Beatriz Silva; FRANÇA, Marcus Viniicius Sacramento; SANTOS, Juliane Lopes Ferreira. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. **Aps em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 169-176, 2020.

SANTOS, Jaciara Aparecida Dias et al. Ferramenta de abordagem familiar na atenção básica: um relato de caso. **J Health SciInst.** [s.l.], v. 34, n. 4, p. 249-52, 2016.

SANTOS, Rafael Rocha et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2016.

SARTI, Thiago Dias et al. Qual papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.29, n.02, 2020.

SILVA, Naélia Vidal de Negreiros da et al. Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 589-602, 2017.

SILVA, Thaís do Socorro da Luz et al. **Perspectivas de integralidade em saúde na percepção de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e usuários da equipe de estratégia Saúde da Família no município de Belém**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Ciências Da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

SILVEIRA, João Paulo Mello; ZONTA, Ronaldo. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **Aps em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 91-96, 2020.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1283-1293, 2014.

SOUZA MINAYO, Maria Cecília. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

SOUZA OLIVEIRA, Erivan; DE MORAIS, Arlandia Cristina Lima Nobre. Covid-19: uma pandemia que alerta à população. **Interamerican Journal Of Medicine And Health**, Campinas, v. 3, p. 1-7, 2020.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA COVID-19: ESTUDO DE CASO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

Pesquisador: Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34544720.1.0000.9430

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.213.383

Apresentação do Projeto:

O projeto situa a proposta de pesquisa considerando "A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil tida como sinônimo de Atenção Básica (AB), como o primeiro nível de atenção à saúde e possuindo o primeiro contato com o usuário.

Além de ser coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é o serviço que está mais próximo da comunidade e, conseqüentemente, possui um maior vínculo e conhecimento das peculiaridades e vulnerabilidades sociais das famílias.

Para uma gestão do cuidado efetiva, devem-se articular todos os tipos de tecnologias em saúde, pois os sujeitos possuem necessidades complexas desde uma escuta qualificada no acolhimento, seguindo protocolos até um procedimento de maior densidade tecnológica. Este processo torna-se particularmente relevante no enfrentamento de contextos complexos como é o caso do enfrentamento da COVID-19.

Sabendo-se, portanto, a importância da atenção básica e do seu papel no cuidado a população durante a epidemia para garantir o acesso e a continuidade do cuidado da população, torna-se evidente a necessidade de estudar a gestão do cuidado nesse nível assistencial.

Esse estudo objetiva analisar a gestão do cuidado na atenção básica no contexto da COVID-19 no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

Trata-se de um estudo de caso que será realizado no período de agosto a dezembro de 2020.

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE



Continuação do Parecer: 4.213.383

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais da equipe de saúde da família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica que atuam na unidade básica da Bela Vista. Os dados serão analisados através da técnica da análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar a gestão do cuidado em uma unidade básica no contexto da COVID-19 no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

Objetivos Específicos

- Descrever a organização e os tipos de atividades realizadas pelos trabalhadores da AB;
- Caracterizar os tipos de tecnologias utilizadas na operacionalização do cuidado pelos trabalhadores da AB;
- e
- Analisar a percepção dos trabalhadores da AB sobre a organização do cuidado a partir do uso das diferentes tecnologias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa pode acarretar riscos diretos para os voluntários como desconforto ou constrangimento em algum momento de sua realização por abordar questões inerentes ao seu exercício profissional. Para amenizar tais riscos, as entrevistas serão realizadas em um local que os entrevistados se sintam à vontade e que seja livre de ruídos e de interrupções. Além disso, serão informados que o estudo não fará avaliação de desempenho individual de nenhum profissional, nem do serviço participante. Além disso, será garantido o absoluto sigilo sobre a identidade dos participantes e da UBS escolhida para participar do estudo.

Benefícios: elenca-se a possibilidade de gerar subsídios que auxiliem na identificação de ações eficazes no cuidado a população e para o aperfeiçoamento do processo de trabalho no âmbito da atenção básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa enfoca uma temática relevante diante do cenário da pandemia e propõe um estudo de caso onde os atores são profissionais da equipe de saúde da família e NASF-AB (do bairro Bela Vista no município de Vitória de Santo Antão, PE) de forma a contemplar a variedade de funções/profissões atuantes nesse âmbito.

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

**UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.213.383

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos anexados encontram-se em conformidade com as exigências do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram realizadas as modificações e adequações solicitadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1585582.pdf	30/07/2020 20:13:16		Aceito

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

**UFPE - CENTRO ACADÊMICO
DE VITÓRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.213.383

Outros	carta_resposta.docx	30/07/2020 20:13:00	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_confidencialidade.docx	30/07/2020 20:11:56	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Outros	Carta_Anuencia.jpg	30/07/2020 20:11:09	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoDetalhado_ajustado.docx	30/07/2020 20:10:39	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pesquisa.docx	30/07/2020 20:09:29	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	30/07/2020 20:08:41	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Outros	Lattes_Fabiana.pdf	30/06/2020 00:44:16	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito
Outros	Lattes_Wagner.pdf	30/06/2020 00:43:58	Fabiana de Oliveira Silva Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DE SANTO ANTAO, 14 de Agosto de 2020

Assinado por:

**FRANCISCO CARLOS AMANAJAS DE AGUIAR JUNIOR
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

APÊNDICE A - ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA

Iniciais:

Sexo:

Tempo de atuação na AB:

Tempo de atuação nessa UBS:

Trajetória acadêmica:

Experiência como preceptor(a):

- Como foi/tem sido o funcionamento dessa unidade básica durante a pandemia da Covid-19?
 - Quais os tipos de atividades realizadas pela equipe de saúde da família e NASF-AB no cuidado à população durante a pandemia da Covid-19?
 - Como foram organizadas essas atividades? Qual o público dessas atividades?
- O trabalho em saúde requer o uso de diferentes tecnologias (materiais e imateriais). Na sua opinião, que tipos de tecnologias foram/tem sido utilizadas pelas equipes na operacionalização do cuidado durante a pandemia?
- Na sua opinião, quais os principais desafios que você identifica para atuação da atenção básica em contextos como o da Covid-19?
- O que você acha que precisa melhorar na organização do trabalho da atenção básica para atuação nessa pandemia da Covid-19?
- Na sua opinião, qual o papel da atenção básica no contexto da Covid-19?