



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Maria Cassiana Dias da Silva

A percepção de profissionais de saúde sobre a implementação de um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 em uma Unidade de Saúde no Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Maria Cassiana Dias da Silva

A percepção de profissionais de saúde sobre a implementação de um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 em uma Unidade de Saúde no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – **PROFSAÚDE**, vinculado ao Polo Universidade Federal Fluminense - **UFF**, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Regina Fernandes Flauzino

Coorientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Gisele Caldas Alexandre

Linha de Pesquisa: **Gestão e Avaliação de Serviços na Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Básica.**

Rio de Janeiro

2022

Ficha catalográfica automática - SDC/BFM
Gerada com informações fornecidas pelo autor

S586p Silva, MARIA CASSIANA DIAS DA
A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO
DE UM PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO / MARIA CASSIANA DIAS
DA SILVA. - 2022.
113 p.: il.

Orientador: REGINA FERNANDES FLAUZINO.
Coorientador: GISELE CALDAS ALEXANDRE.
Dissertação (mestrado profissional)-Universidade Federal
Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Niterói, 2022.

1. COVID-19. 2. PANDEMIA. 3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 4.
Produção intelectual. I. FLAUZINO, REGINA FERNANDES,
orientadora. II. ALEXANDRE, GISELE CALDAS, coorientadora. III.
Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva.
IV. Título.

CDD - XXX

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

A percepção de profissionais de saúde sobre a implementação de um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 em uma unidade de Saúde no Rio de Janeiro

Equipe do estudo:

Mestranda: Maria Cassiana Dias da Silva – Pesquisadora principal

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Regina Fernandes Flauzino

Coorientador(a): Prof.^a Dr.^a Gisele Caldas Alexandre

Entrevistadores: Nathalia Fernanda da Silva, Clara Sampaio Cesário de Sá, Carolina Grolla de Sousa, Bruna Gomes de Souza e Bárbara Pina Aiello

Delineamento: Estudo exploratório qualitativo

Rio de Janeiro

2022

Maria Cassiana Dias da Silva

A percepção de profissionais de saúde sobre a implementação de um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 em uma unidade de Saúde no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal Fluminense - UFF, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 31/10/2022

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) Maria Kátia Gomes -
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof. Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino
Universidade Federal Fluminense - UFF

Coorientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Gisele Caldas Alexandre
Universidade Federal Fluminense – UFF

Orientadora: Prof.(a) Dr.(a) Regina Fernandes Flauzino
Universidade Federal Fluminense – UFF

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por colocar em meu caminho, pessoas maravilhosas, as quais me fazem acreditar em um mundo melhor e me encorajam a prosseguir.

Agradeço à minha Coorientadora, a Prof.^a Dr.^a Gisele Caldas, por ter aceitado acompanhar-me neste projeto. Os seus ensinamentos, empenho e incentivo foram essenciais para a minha motivação à medida que as dificuldades surgiam ao longo do percurso. Obrigada pela confiança!

A minha Orientadora Prof.^a Dr.^a Regina Fernandes, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiou o meu aprendizado.

Aos professores do PROFSAÚDE, por todo conhecimento transmitido, pelas correções, lições e aprendizado que me permitiram uma melhoria de desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso. Muito Obrigada!

Aos meus colegas de curso, com quem convivi intensamente no nosso grupo particular, durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências. Compartilhamos tantos momentos de descobertas e aprendizados que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como profissional.

Ao amigo Richardson Meirelles, pelo companheirismo diário no trabalho e na vida. Você tornou os dias de trabalho muito mais divertidos e leves. Obrigada por me ajudar em todos os momentos e principalmente quando pensava em desistir. Sou muito grata à você meu amigo!

A Priscila C. Mafra, embarcou comigo no sonho, ao longo desta caminhada. Dividimos a casa, os sonhos e as dificuldades juntas. Ter você por perto foi essencial para que eu conseguisse seguir em frente. Muito obrigada por tudo!

Às entrevistadoras voluntárias da pesquisa, Nathalia Fernanda da Silva, Clara Sampaio Cesário de Sá, Carolina Grolla de Sousa, Bruna Gomes de Souza e Bárbara Pina Aiello, muito obrigada pela compreensão e dedicação ao estudo, vocês foram fundamentais.

Trilhar este caminho, só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, agradeço a todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

RESUMO

Introdução: A falta de conhecimento científico sobre o Sars-CoV 2 e sua velocidade de disseminação impactaram negativamente o gerenciamento dos serviços de saúde no Brasil. A implementação de um plano de contingência busca amenizar os efeitos deste impacto, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho para reduzir as taxas de contágio e controlar a disseminação da doença.

Objetivo: Analisar a percepção dos profissionais da saúde em relação a implementação de um plano de contingência para enfrentamento da Covid-19 em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no município do Rio de Janeiro.

Método: Estudo exploratório qualitativo foi conduzido de agosto a novembro de 2021 em uma USF localizada na zona oeste do Rio de Janeiro. Profissionais de saúde foram entrevistados sobre a sua percepção em relação aos objetivos propostos no plano de contingência implementado em sua USF. A seleção de participantes foi intencional e a definição do tamanho amostral foi realizada pelo método de saturação (MINAYO, 2017). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos participantes e, após anuência, as entrevistas foram realizadas presencialmente, gravadas, transcritas e, depois, revisadas pela técnica de análise de conteúdo.

Resultados: Os entrevistados avaliaram positivamente os efeitos das mudanças organizacionais empregadas, propiciando um ambiente institucional mais seguro e saudável no contexto da pandemia. A implementação do protocolo garantiu que a oferta de serviços essenciais não fosse interrompida, bem como o adequado cuidado aos demais pacientes sintomáticos para COVID-19. Relataram também redução no risco de contágio por parte dos funcionários através do uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPIs) e da setorização dos atendimentos. Práticas como a promoção de orientações à comunidade contribuíram como medidas de prevenção e contenção da COVID-19. A discussão de casos pela equipe, em conjunto com a gestão, para avaliar a resposta oportuna do plano de contingência ajudaram a direcionar os profissionais envolvidos e orientaram a população sobre a necessidade do isolamento.

Conclusão: O plano de contingência para a contenção da COVID-19 foi bem avaliado por profissionais da saúde da USF do presente estudo, proporcionando uma reorganização adequada e oportuna dos processos de trabalho para o enfrentamento da pandemia.

Palavras-chave: Plano de Contingência; Rio de Janeiro; APS; Sistema Único de Saúde; COVID-19; Pandemia.

ABSTRACT

Introduction: The lack of scientific knowledge about Sars-CoV 2 and its speed of spread negatively impacted the management of health services in Brazil. The implementation of a contingency plan seeks to mitigate the effects of this impact, in an attempt to reorganize the work process to reduce infection rates and control the spread of the disease.

Objective: To analyze the perception of health professionals regarding the implementation of a contingency plan to face Covid-19 in a Family Health Unit (USF) located in the city of Rio de Janeiro.

Method: A qualitative exploratory study was conducted from August to November 2021 at a USF located in the west zone of Rio de Janeiro. Health professionals were interviewed about their perception of the objectives proposed in the contingency plan implemented in their USF. The selection of participants was intentional and the sample size was defined using the saturation method. (MINAYO, 2017). The Informed Consent Term was presented to the participants and, after consent, the interviews were conducted in person, recorded, transcribed and then reviewed using the content analysis technique.

Results: The interviews contemplated the perceptions of health workers at the USF. Respondents positively evaluated the effects of the organizational changes employed, providing a safer and healthier institutional environment in the context of the pandemic. The implementation of the protocol ensured that the provision of essential services was not interrupted, as well as adequate care for other symptomatic patients for COVID-19. They also reported a reduction in the risk of contagion by employees through the proper use of personal protective equipment and the sectorization of care. Practices such as the promotion of community guidelines contributed as measures to prevent and contain COVID-19. The discussion of cases by the team, together with the management, to assess the timely response of the contingency plan helped to direct the professionals involved and guided the population on the need for isolation.

Conclusion: The contingency plan for the containment of COVID-19 was well evaluated by health professionals from the USF of the present study, providing an adequate and timely reorganization of work processes to face the pandemic.

Keywords: Contingency Plan; Rio de Janeiro; APS; Unified Health System; COVID-19; Pandemic.

LISTA DE SIGLAS

ACS.	Agentes Comunitários de Saúde
APS.....	Atendimento Primário à Saúde
CGPIS.	Coordenadoria Geral dos Programas de Interesse Social
CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS.....	Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde
COMCAT.....	Comunidades Catalisadoras
EPI.....	Equipamentos de Proteção Individual
ESF.....	Equipes de Saúde da Família
ESPIL.....	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN.....	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
IBG.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
PCN.....	Plano de Contingência Nacional
PCE.....	Plano de Contingência Estadual
PNAB.....	Política Nacional de Atenção Básica
PNH.....	Programa Nacional de Humanização
RAS.....	Rede de Atenção à Saúde
SAPS.....	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBMFC.....	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS.....	Sistema Único de Saúde
SVS.....	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF.....	Unidade de Saúde da Família
WHO.....	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação das obrigações e atributos da APS.	26
Figura 2 - Resumo prático do esquema de assistência a caso suspeito de COVID-19 do Plano de Emergência do Estado do Rio de Janeiro, 2020.	43
Figura 3 - Comunidade Rio das Pedras	50
Figura 4 - Área externa com tenda para espera, sinalizada e respeitando distanciamento social	54
Figura 5 - (A) Área sinalizada com setas vermelhas destinada a acolhimento de pacientes com sintomas respiratórios. (B) Área sinalizada com setas verdes destinada a paciente sem sintomas respiratórios	57
Figura 6 - Recepção de pacientes com sintomas gripais/ COVID-19, sinalizados com fitas vermelhas	58
Figura 7 - Corredor sinalizado com setas vermelhas destinado a paciente com suspeita de síndrome gripal	58
Figura 8 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados. Dados expressos em porcentagem (n=20) ..	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Níveis de resposta ao coronavírus de acordo com o Plano de Contingência Nacional	20
Tabela 2 - Taxa diária de novos casos e óbitos por região em janeiro, 2021	22
Tabela 3 - Plano de Resposta para APS – RJ: níveis de ativação da contingência	51
Tabela 4 - Categorias e subcategorias estabelecidas na Análise de Conteúdo das entrevistas efetuadas aos profissionais de saúde da USF	66
Tabela 5 – Falas dos profissionais agrupadas pela categoria Plano de contingência e organização dos serviços e fluxos na USF	68
Tabela 6 - Falas dos profissionais agrupadas pela categoria Implementação do plano e demanda espontânea, programada e linhas de cuidados prioritárias	73
Tabela 7 - Falas dos profissionais agrupadas pela categoria Implementação do plano e equipe	75
Tabela 8 - Falas dos profissionais agrupadas pela categoria Implementação do plano, equipamentos e materiais	77

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Representação da área externa para abordagem na unidade	53
Fluxograma 2 - Representação da parte interna – Lado Verde	55
Fluxograma 3 - Representação da parte interna – Lado Vermelho	56
Fluxograma 4 - Representação da análise de dados	62

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. JUSTIFICATIVA	15
1.2. OBJETIVOS	18
1.2.1. Objetivos Específicos	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 PLANO DE CONTINGÊNCIA	18
2.2 AÇÕES NO MUNDO	22
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
2.3.1 Atributos da Atenção Primária à Saúde	27
2.3.1.1 Atributos Essenciais	29
2.3.1.2 Atributos Derivados	34
2.3.2 Atenção Primária à Saúde em relação à pandemia no Brasil	36
2.3.3 A atuação da Atenção Primária à Saúde na pandemia	39
2.3.4 Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro em relação à COVID-19	43
3 MÉTODO	49
3.1 DESENHO DE ESTUDO	49
3.1.1 Cenário do Estudo	49
3.1.2 Plano de Contingência nas USFs	52
3.1.3 Fluxo do Plano de Contingência na USF	54
	60
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	60
3.2.1 Recrutamento e Execução	61
3.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS ESTUDADAS	62
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	62
3.5 QUESTÕES ÉTICAS	64
3.6 QUESTÃO FINANCEIRA	65
4 RESULTADOS	65
6. CONCLUSÕES	89
REFERÊNCIAS	91
ANEXO A – Instrumento de coleta de dados	102
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde)	105
ANEXO C - Termo de Anuência Institucional	108
ANEXO D – Verificação do Ponto de Saturação das Entrevistas	109

1. INTRODUÇÃO

O ano de 2020 foi marcado mundialmente pelo surgimento do novo coronavírus, cientificamente conhecido como SARS-CoV 2, causador de infecção respiratória, que posteriormente, foi denominada de forma específica como COVID-19 (WHO, 2020a). É fundamental a resposta rápida e efetiva dos planos para conter o vírus, direcionar os profissionais envolvidos com segurança, e promovendo na população a necessidade de isolamento. O Brasil e o mundo passaram a enfrentar uma pandemia sem precedentes na história, de gravíssimas consequências para a vida humana, saúde pública e atividade econômica, cobrando respostas rápidas e eficientes para conter o contágio e minimizar os casos graves, além de controlar a disseminação (BRASIL, 2020a; OPAS, 2020).

A COVID-19 é uma doença que pode gerar nos indivíduos acometidos desde quadros leves (ou até assintomáticos), até quadros graves e/ ou críticos, sendo os principais sintomas associados: Tosse, coriza, dores de cabeça e garganta, mialgia, febre, perdas e alterações no paladar e olfato. Contudo, os pacientes que evoluem para casos graves e críticos necessitam de hospitalização, principalmente por seu acometimento pulmonar, precisando muitas vezes de suporte ventilatório em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (KENDZERSKA et al., 2021). A resposta sanitária neste cenário precisava ser centrada e objetiva. Notou-se em diversos países, como Itália, e cidades, como Paris, a disseminação rápida do vírus e a falta de estrutura hospitalar para receber pacientes contaminados, resultando em um colapso no sistema de saúde por onde o vírus se alastrou (CIMINI, 2020). Nesse contexto, os planos de resposta focaram suas estratégias nos serviços hospitalares, buscando formas e ações para a ampliação do número de leitos, especialmente de unidades de tratamento intensivo e respiradores pulmonares (MEDINA et al.,2020).

O primeiro caso registrado de forma oficial do novo coronavírus foi identificado na cidade de Wuhan, na China, em 31 de dezembro de 2019. Desde aquela data, as ocorrências começaram a se alastrar de forma muito rápida pelo mundo, inicialmente no continente asiático e, em seguida, por outros países e continentes (OPAS, 2020). O aumento exponencial de casos e óbitos, primeiro na China, e sua subsequente expansão a outros países, impeliu a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar, em 30 de janeiro de 2020, que a contaminação pelo vírus configurava uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

(ESPIL), correspondendo ao mais alto nível de alerta previsto no Regulamento Sanitário Internacional (WHO, 2020a).

Com o reconhecimento do início da pandemia pela OMS, os países buscaram imediatamente planos de contingência para responder objetivamente às ameaças e às consequências que estavam por vir. De acordo com o *Partners Platform*, das Nações Unidas, que monitora as taxas de contágio e as estratégias adotadas pelos países para conter a disseminação do vírus, inúmeras iniciativas foram tomadas, a exemplo do Paquistão que elaborou um plano estratégico de urgência em nível nacional e regional, alcançando uma taxa de óbitos abaixo de dez mil, mesmo apresentando uma população semelhante à do Brasil, com 220 milhões de habitantes (WHO, 202b).

A dificuldade na elaboração do plano de contingência está ligada diretamente à falta de conhecimento sobre o vírus, bem como às especificidades de cada país, o que promoveu, em alguns casos, a adoção de diversas políticas e estratégias em um mesmo país, até que resultados positivos pudessem ser atingidos. A atuação eficiente do plano de contingência na Nova Zelândia, dividido em duas etapas, 'Ação' e 'Manutenção', buscou inicialmente priorizar a redução da transmissão, adaptar e preparar os centros de saúde, identificar, caracterizar e monitorar taxas de contágio, informar a população sobre cuidados e riscos, de forma a garantir que tais ações mostrassem estar sendo eficientes. Isso permitiu à Nova Zelândia iniciar o retorno às atividades normais do dia a dia em 8 de junho de 2020 (AUSTRALIAN, 2020).

1.1. JUSTIFICATIVA

Neste contexto, a situação causada pela COVID-19 fomentou discussões sobre as formas de organização das práticas de saúde. No Brasil, sob um debate intenso envolvendo as áreas acadêmica, política e econômica, os serviços de saúde e o país sofrem entre quais modelos e estratégias devem ser adotados para suprir as necessidades das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (CABRAL, 2020). O SUS enquanto Política Estado, busca garantir o que preconiza a Constituição Federal, que é o direito à saúde aos cidadãos brasileiros viabilizada pelo Estado, tendo como princípios a Universalidade, Equidade e Integralidade, alcançados a partir de planejamento e investimento (TEIXEIRA, 2011).

Assim, em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano de Contingência Nacional, composto por três níveis de resposta: Alerta, Perigo Eminente e Emergência em Saúde Pública, em que cada nível é representado pela situação de avanço do vírus pelo país (BRASIL, 2020a). As respostas sanitárias foram inicialmente centradas nos serviços hospitalares, com medidas no sentido da garantia de leitos, respiradores, insumos e recursos humanos (MEDINA et al., 2020). Em resposta ao combate à pandemia, o governo brasileiro orientou os estados, por meio do Plano de Contingência Nacional, de tal forma que cada um adaptasse suas necessárias diretrizes às diretrizes do sistema de saúde estaduais e as replicassem para os municípios.

Em 02 de março de 2020, o estado do Rio de Janeiro apresentou um plano de contingência em nível estadual (RIO DE JANEIRO, 2020), porém, o Atendimento Primário à Saúde (APS) como porta de entrada e alternativa clara para que se atinja medidas de prevenção evitando internações, não recebeu o investimento e incentivo necessários na divulgação de medidas preventivas direcionadas (ENGSTROM et al., 2020). Por esta razão, os profissionais de saúde demonstraram insegurança em atuar devido aos riscos de contaminação, somados ao escasso conhecimento sobre as potencialidades do vírus. O Estado do Rio de Janeiro buscou adaptar o plano de contingência para ser aplicado em unidades de APS, visando melhor coordenar as ações de enfrentamento à pandemia e manter as atividades essenciais nas unidades (GIOVANELLA et al., 2020a; SILVA et al., 2020).

A reorganização dos serviços de APS para atender simultaneamente os casos de COVID-19 e os atendimentos essenciais à população é de fundamental importância para um melhor resultado. A instrução e a informação passada para os profissionais de saúde necessitam ser concisas e práticas. A assistência à COVID-19 carece suprir necessidades dos pacientes em todas as fases da infecção, independentes do nível e gravidade do caso. O atendimento envolve desde o monitoramento de casos leves até a internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e a reabilitação após a alta hospitalar (DAUMAS et al., 2020; ENGSTROM et al., 2020; SARTI et al., 2020).

Ainda segundo Daumas *et al.* (2020), mesmo com suas deficiências, a importância do SUS no enfrentamento da pandemia tem sido demonstrada de forma inquestionável. O reconhecimento, agora quase unânime, da necessidade de mais recursos para que o sistema faça frente à crise torna este momento especialmente

oportuno para reforçar e financiar adequadamente o SUS. Além disso, esta gravíssima emergência sanitária coloca em destaque a posição privilegiada da APS para garantir o acesso a cuidados de saúde e agir sobre os determinantes de saúde frente a um desafio emergente. A priorização da APS, com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o fortalecimento de todos os seus atributos, com ênfase nos chamados derivados (competência cultural, orientação familiar e comunitária), são medidas essenciais para conter a propagação na população de uma ameaça como a COVID-19. A atuação significativa de todos os serviços da APS no decorrer da pandemia a colocou como protagonista em assumir funções estratégicas (DAUMAS et al., 2020; ENGSTROM et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020a; MEDINA et al., 2020; SARTI et al., 2020; SILVA et al., 2020).

A pandemia provocada pela COVID-19 está diretamente ligada a fatores de contingência, que possibilitem a disseminação do vírus e, conseqüentemente, o aumento no número de casos e óbitos. Tais conseqüências podem ser evitadas através de um plano de ações, capaz de mitigar os efeitos da pandemia. Na ausência de tratamento e medicamentos específicos, com altas taxas de transmissão e infecção, os planos de contingência se resumem em intervenções de saúde pública eficazes para o controle da pandemia por meio do isolamento e distanciamento social, além da vigilância e monitoramento dos casos confirmados, visando reduzir o contágio e disseminação do vírus. Nesse contexto, as USF são as primeiras a receber pacientes nas diversas fases de evolução da doença, desde o início da fase gripal até os estados graves. Esta constatação retrata a importância de se verificar e garantir que os atendimentos primários à saúde estejam cumpridos e agindo para que as ações de controle se mostrem oportunas (ENGSTROM et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020a; MEDINA et al., 2020).

Sendo assim, assume-se que todo plano de contingência adaptado à realidade de cada município e/ou unidade de saúde tem capacidade de reproduzir resultados positivos, reduzindo os impactos negativos para o sistema de saúde e todos os outros setores da economia. O trabalho em questão visou analisar, através das ações tomadas, o efeito do plano no processo de trabalho da USF, assumindo um cenário de caráter prático, com pouca contaminação e óbitos, promovendo a população, orientação e informação sobre as medidas preventivas, favorecendo para que os profissionais da saúde se sentissem seguros para exercer suas funções.

1.2. OBJETIVOS

Analisar a percepção dos profissionais da saúde em relação a implementação do plano de contingência para enfrentamento da Covid-19 em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no município do Rio de Janeiro.

1.2.1. Objetivos Específicos

- Analisar as etapas de implementação do plano de contingência elaborado e as estratégias adotadas na USF;
- Identificar fatores que favoreceram ou dificultaram a implementação do plano de contingência na USF a partir da percepção dos profissionais entrevistados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo traz conceitos importantes para o entendimento do Estudo, como as definições dos planos de contingência adotados pelo mundo e pelo Brasil, analisando as ações e suas consequências.

2.1 PLANO DE CONTINGÊNCIA

O plano de contingência, de acordo com a OMS, consiste em um planejamento de caráter preventivo e alternativo. Tem por finalidade acolher determinado evento inesperado, como um estado de calamidade pública. Além disso, apresenta outras pautas como: (i) identificar as ações necessárias para impactar de modo ínfimo a oferta dos serviços à população; e (ii) demonstrar de forma clara e concisa as ações e as responsabilidades para sobrepujar o acontecimento. Resumidamente, um plano de contingência deve orientar, organizar,

intervir, controlar e combater as consequências previstas e imprevistas de determinada situação. Tais situações podem ser oriundas de epidemias, desastres naturais e falta de assistência a um determinado grupo ou população (WHO, 2005).

No Brasil, os planos de contingência estão previstos na Lei nº12.608/12, que implementou a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, abrangendo as ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação voltadas à proteção e à defesa civil. Para tanto, é necessário estar integrado às políticas de ordenamento territorial, desenvolvimento urbano, saúde, meio ambiente, mudanças climáticas, gestão de recursos hídricos, geologia, infraestrutura, educação, ciência e tecnologia e às demais políticas setoriais, tendo em vista a promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2012).

O Plano de Contingência da OMS, apresenta determinados pontos fundamentais para a execução e aplicação de ação eficiente. Recomendada a comunicação sobre os riscos e o engajamento da comunidade como essencial, o plano de contingência é a disponibilização para a população das evidências disponíveis sobre a COVID-19 sendo apresentadas de forma clara quais medidas e ações que estão sendo tomadas para enfrentar as adversidades da pandemia (OMS, 2020b).

Outro assunto importante referente ao plano de contingência é a formação de um conjunto de respostas rápidas e investigação dos casos. Tais ações, de acordo com a OMS, se apresentam com extrema importância no combate à pandemia. O rastreamento e monitoramento de casos confirmados garantem o controle da doença, facilitando aos órgãos de saúde pública a tomarem medidas mais cautelosas e preventivas, evitando conseqüentemente a sobrecarga no sistema de saúde pública. Hong Kong utilizou pulseiras de rastreamento para garantir que pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 permanecessem em casa (REIS et al., 2020; SAIIDI, 2020).

De modo geral, os objetivos estratégicos definidos pela OMS para uma resposta rápida ao vírus envolvem: (i) limitar o contato primário e secundário, principalmente entre servidores da saúde, prevenindo a ampliação da infecção e possíveis internações; (ii) identificação, isolamento e monitoramento dos pacientes em estágio leve; (iii) identificação dos pacientes contaminados e subsequentemente a redução da transmissão através do isolamento, seja ela residencial ou hospitalar; (iv) incentivo imediato a opções de tratamento, desenvolvimento de diagnósticos,

terapias e vacinas; e (v) disseminação da informação, considerado fator crucial para o controle da pandemia (WHO, 2020a). Tais medidas possibilitam, por meio da combinação de políticas públicas de saúde, focar na rápida identificação, diagnóstico e direcionamento dos recursos necessários para controlar a disseminação do vírus (ALBUQUERQUE, 2020).

No Brasil, a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) foi declarada em 03 de fevereiro, com ativação simultânea do Centro de Operações de Emergências (COE) em Saúde Pública para o novo Coronavírus (BRASIL, 2020a. OLIVEIRA et al., 2020). O Plano de Contingência Nacional (PCN) é composto por três níveis de resposta: (i) Alerta, (ii) Perigo Iminente e (iii) Emergência em Saúde Pública, sendo cada nível baseado na avaliação do risco do coronavírus afetar a saúde pública (BRASIL, 2020b). A **Tabela 1** representa os níveis e suas características.

Tal avaliação é fundamentada na (i) transmissibilidade da doença, como seu modo de transmissão, eficácia da transmissão entre reservatórios para humanos ou humano para humano, capacidade de sustentar o nível da comunidade e surtos; (ii) propagação geográfica entre humanos, animais, como a distribuição global das áreas afetadas, o volume de comércio e viagens entre as áreas afetadas e outras unidades federadas; (iii) gravidade clínica da doença, como complicações graves, internações e mortes; (iv) vulnerabilidade da população, incluindo imunidade pré-existente, grupos-alvo com maiores taxas de ataque ou maior risco de graves doenças; (v) disponibilidade de medidas preventivas, como vacinas e possíveis tratamentos; e (vi) recomendações da OMS e evidências científicas publicadas em revistas científicas (BRASIL, 2020b).

O nível de resposta 'Alerta', caracterizado pelo início da contaminação, se tratava do momento em que o Brasil ainda não registrava nenhum caso, sendo monitorados constantemente estrangeiros desembarcando no país, assim como passageiros realizando voos internacionais. A fase de 'Perigo Eminente' representou a confirmação do primeiro caso, no caso datado em 4 de março de 2020, e determinou o começo da tomada de decisões estratégicas para conter o contágio e a disseminação da doença. O nível de ESPIN é definido pelo momento em que acontece contaminação local, ou seja, entre pessoas próximas. Tal nível é dividido em duas fases: (i) fase de contenção, focada em evitar a transmissão sustentada do

vírus, ou seja, de pessoa para pessoa; e (ii) fase de mitigação, que tem início a partir do registro de 100 casos positivos do coronavírus (ALBUQUERQUE, 2020).

Tabela 1 - Níveis de resposta ao coronavírus de acordo com o Plano de Contingência Nacional

NÍVEL DE RESPOSTA	CARACTERÍSTICA	PLANO DE AÇÃO
<i>ALERTA</i>	Situação em que o risco de introdução do SARS-CoV-2 no Brasil seja elevado e não apresente casos suspeitos	Identificar, detectar, investigar, manejar e notificar casos potencialmente suspeitos.
<i>PERIGO EMINENTE</i>	Situação em que há confirmação de caso suspeito.	Proteção e recuperação da saúde do paciente, com o auxílio de instrumentos e medicação, da mesma forma como recursos humanos altamente qualificado para executar os protocolos de saúde necessários.
<i>EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA</i>	Confirmação de transmissão local.	Protocolo dividido em duas fases: contenção e mitigação.

Fonte: Adaptado de Painel Coronavírus e Plano de Contingência Nacional – Ministério da Saúde (2020b).

Na fase de contenção as estratégias devem objetivar a não transmissão do vírus entre pessoas de modo sustentado. Estratégias dessa fase consistem em abastecer todas as unidades de saúde com equipamentos de proteção individual (EPI); definir os procedimentos de emergência e urgência; quarentena domiciliar para casos leves e monitoramento domiciliar para evitar lotação dos leitos de forma desnecessária. Todos os casos devem ser monitorados e controlados. Os Planos de Contingência dos Estados devem estar elaborados e publicizados, contendo, dentre outras informações, a organização da rede de atenção hospitalar. Toda Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS deve ser alertada para a atual fase, com o objetivo de maior sensibilização dos profissionais de saúde para detecção de casos suspeitos e manejo adequado desses pacientes (BRASIL, 2020b).

A fase de mitigação inicia-se a partir do centésimo registro de caso positivo. A partir deste momento, não é realizado teste em todos os casos, apenas em casos

graves na UTI. Medidas de atenção hospitalar para os casos graves e medidas restritivas individuais de isolamento e/ou quarentena domiciliar para os casos leves, devem ser adotadas para evitar o agravamento dos casos e conseqüentemente, o número de óbitos (BRASIL, 2020b).

O PCN recomendou prioridades a fim de orientar investimento de recursos, bem como Estados e o Distrito Federal apresentaram suas estratégias para o enfrentamento da pandemia nos respectivos Planos de Contingência Estaduais (PCE) (SANTOS, et al., 2021).

2.2 AÇÕES NO MUNDO

O Sars-Cov-2 foi notificado em 12 de dezembro de 2019, em Wuhan, China, e rapidamente se espalhou por diferentes localidades, o que levou a OMS a declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020, e a condição de pandemia em 11 de março, alertando países membros para estratégias de controle da transmissão do vírus e organização dos sistemas de saúde de acordo com as diretrizes do plano estratégico de preparação e resposta operacional (WHO, 2020a).

De acordo com a OMS, 2020 foi marcado pela pandemia, com 85.509.194 indivíduos contaminados ao redor do mundo e 1.868.622 óbitos (janeiro/2021) (WHO, 2020a). Os Estados Unidos seguem sendo o país com maior taxa de contaminação, com 227.369 novos casos diários em janeiro/2021, totalizando 20.870.913 contaminados e 354.286 óbitos. A **Tabela 2** mostra as taxas de contágio por regiões conforme apresentado no Dashboard da OMS para os dados referentes a Jan/2021 (WHO, 2020a).

A Itália, considerada o epicentro da pandemia na Europa, tomou medidas protetivas severas na contenção ao vírus, suspendendo voos oriundos da China, Hong Kong e Macau. Porém, o conflito político entre governo central e as prefeituras municipais implicaram para a situação se agravar, promovendo um cenário caótico no país (CIMINI, 2020; RIBOLI; ARTHUR; MANTOVANI, 2020). A ação de resposta de países da Europa, como Alemanha, França e Espanha, foram lentas e acanhadas, proibindo inicialmente voos com origem na China e arredores de entrar no país. Apenas após o agravamento da situação na Itália, medidas de isolamento e *lockdown* foram tomadas (SAIIDI, 2020; VILLANI et al., 2020).

Flaxman et al. (2020) realizaram estudo envolvendo 11 países europeus, no qual pode-se determinar que até maio/2020, aproximadamente de 12 a 15 milhões de pessoas foram infectadas com COVID-19, representando aproximadamente 2% da população europeia. Porém o destaque do estudo está na estimativa em que as medidas de isolamento e distanciamento social trouxeram para a redução da transmissão. De acordo com o estudo, possivelmente 3 milhões de pessoas não foram contaminadas devido às medidas protetivas (FLAXMAN et al., 2020).

Israel, que está entre os países que aplicaram com sucesso um plano de resposta rápido e eficiente, garantindo que a economia não ficasse congelada durante o *lockdown*, disponibilizou pacotes de recursos para empresários, comerciantes, desempregados e estudantes. Porém, no final da quarentena severa, não houve instrução sobre os cuidados e sobre o uso da máscara. O número de casos acelerou rapidamente, lotando hospitais. O segundo *lockdown* aconteceu em setembro, e até dezembro de 2020 não existiam novos casos de contágio. Com mais de 400 mil casos de pessoas contaminadas e 3 mil mortes, o segundo isolamento social garantiu o controle da doença, permitindo que os números não atingissem valores maiores (BIRENBAUM-CARMELI; CHASSIDA, 2021; WHO 2020a).

Tabela 2 - Taxa diária de novos casos e óbitos por região em janeiro, 2021

PAÍSES	TAXA DIÁRIA DE NOVOS CASOS*	CONTAMINADOS	OBITOS
<i>América</i>	243.788	37.538.493	889.076
<i>Europa</i>	261.299	27.572.181	603.563
<i>Asia</i>	28.584	12.164.604	186.337
<i>Mediterrâneo</i>	23.805	5.070.009	123.725
<i>África</i>	20.679	2.016.725	45.158
<i>Pacífico</i>	8.403	1.146.437	20.750

Fonte: Adaptado de WHO Coronavírus Diseases (COVID-19) Dashboard, 2021.

* Dados atualizados até 18 de janeiro de 2021.

Países como Austrália, Nova Zelândia, Finlândia, Uruguai tiveram poucos casos e poucos óbitos devido ao rigoroso plano de resposta aplicado. Dando

destaque para a Nova Zelândia com 1.832 casos e 25 óbitos, o país barrou o coronavírus. Com políticas de *lockdown* e informação clara e objetiva para os cinco (5) milhões de habitantes. O primeiro *lockdown* com duração de dois meses, garantiu a normalidade em maio de 2020, porém com o início da segunda onda em agosto, o isolamento severo retornou. Mas novamente, permitindo que após tal processo a normalidade voltasse (BIERNATH, 2020; KONTIS et al., 2020).

A Austrália chegou a atingir zero casos em março de 2020, porém com uma falha no sistema de segurança e monitoramento, permitiu um contágio interno, e foram registrados 800 casos por dia. O segundo *lockdown* mais severo teve duração de cinco meses de isolamento, permitindo apenas padarias, mercados e farmácias estarem abertos possibilitou que a Austrália tivesse 28.536 casos confirmados e 909 óbitos (KONTIS et al., 2020. WHO, 2020a).

O Brasil optou por medidas de vigilância para detectar, notificar e responder rapidamente aos possíveis casos da doença, com fechamento dos portos, aeroportos e fronteiras, uma vez que as medidas de *lockdown* ou isolamento foram desproporcionais no país, deixando os estados livres para definir as medidas de isolamento. Porém, dezesseis dias após a notificação do primeiro caso de COVID-19, houve transmissão comunitária nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, e o Brasil evoluiu para a fase de mitigação com a publicação da Portaria nº 45433 em 20 de março de 2020, com o então estabelecimento das medidas não farmacológicas previstas no PCN como isolamento domiciliar por 14 dias de todo e qualquer indivíduo com sintomas respiratórios e seus respectivos membros domiciliares (mesmo que assintomáticos), para contenção da disseminação do vírus (PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022; OLIVEIRA et al., 2020; WHO, 2020a).

O que se sucedeu foi a implementação descentralizada e desigual de medidas e estratégias no combate à pandemia. Algumas estratégias positivas foram implementadas, mesmo que com atrasos significativos, tais como a construção de ambientes temporários em caráter de emergência (gabinetes de crise, grupos de trabalho, e hospitais de campanha), aquisição de materiais e insumos. As primeiras medidas de distanciamento social foram adotadas somente após quase três semanas do primeiro caso e do primeiro óbito confirmados no país, com falhas nos processos e na comunicação em todo o período, sendo utilizado a verticalização hierárquica a nível político para a tomada de decisão e o descumprimento de protocolos e recomendações. Devido a embates políticos, a vulnerabilidade social

que faz parte do cotidiano das comunidades carentes, tribos indígenas, municípios no interior do país e com graves problemas sócio econômicos, o processo de isolamento foi fragilizado, potencializando os desafios que emergiram com a pandemia (MAIA; AGOSTINI; AZIZI, 2020; NASSAR et al., 2020).

Devido a liberdade dos estados brasileiros ou a falta de uma clara definição da política nacional sobre fundamentais medidas de contingência, observou-se maior controle em determinados estados, como Rio Grande do Sul que adotaram medidas severas de isolamento. Em contrapartida, um colapso na gestão das medidas adotadas em Manaus, no Amazonas, onde a falta de medidas preventivas nos meses de setembro e outubro/2020 caracterizaram o cenário de caos no Sistema de Saúde (BIERNATH, 2021).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde são dispositivos sociais estabelecidos em razão das necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente. A crise hodierna dos sistemas de atenção à saúde representa a desarmonia entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde direcionado para responder às condições agudas e aos aprofundamentos de condições crônicas, de modo segmentado, episódico e reativo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; CONASS, 2015).

A Declaração, elaborada em Alma-Ata, adotada em setembro de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, apregoava a indigência de ação mundial para promover melhorias à saúde da população, de tal forma objetificou a função da atenção primária à saúde, sendo esta definida em (OPAS;OMS, 1978):

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (ALMA-ATA, UN, 1978).

A definição da Atenção Primária à Saúde (APS) proporcionou o desenvolvimento de melhorias nos elementos essenciais da APS, como: (i) educação em saúde; (ii) investimento em saneamento básico; (iii) programa voltado ao atendimento materno-infantil, incluindo plano de imunização e planejamento familiar; (iv) plano para prevenção de endemias e epidemias; (v) planejamento e tratamento apropriado às doenças assim como a provisão de medicamentos essenciais; e (vi) incentivo a população para cuidados com a saúde, como alimentação equilibrada e prática de atividades físicas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; CONASS, 2015).

A APS é reconhecida como componente-chave principal dos sistemas de saúde, sendo evidente o impacto provocado na saúde e no desenvolvimento da população, promovendo melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários do sistema, tratamento e cuidado mais efetivo, maior utilização e divulgação de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e redução dos problemas envolvendo acesso ao serviço (OPS, 2011; STARFIELD, 2002).

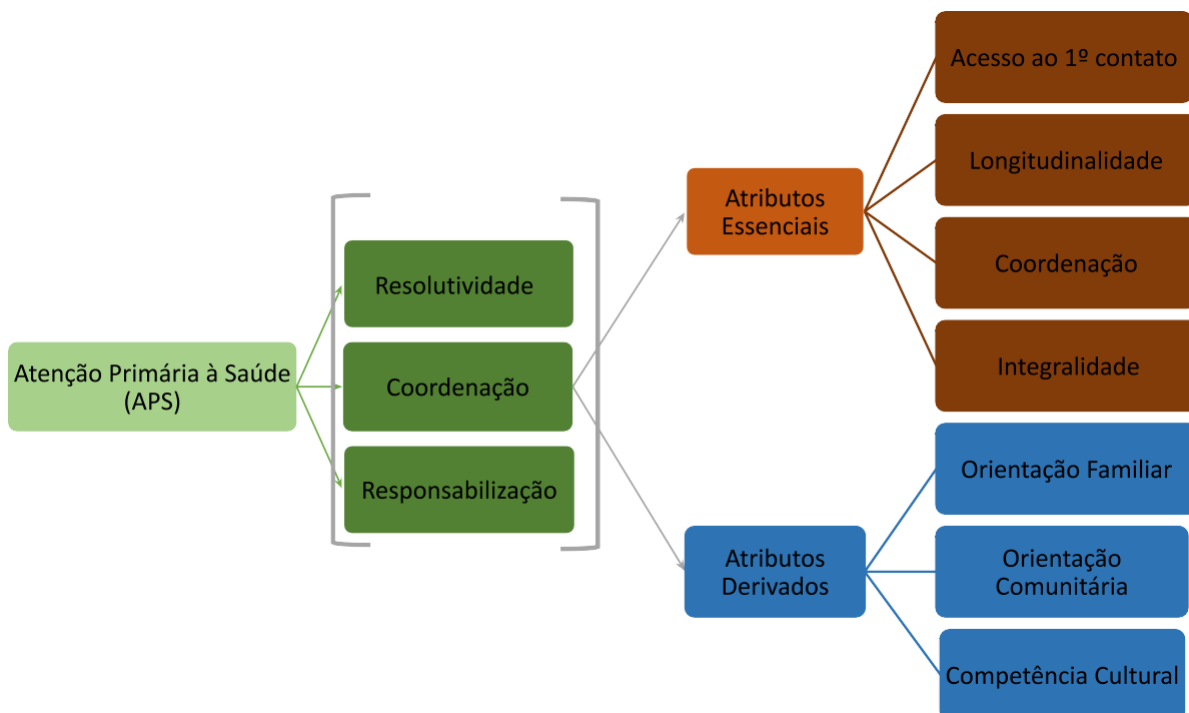
A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: (a) estratégia de organização, e (b) reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção à população, e como modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Compreende-se a estratégia de organização da APS de forma singular buscando apropriar, recombina e reordenar os recursos do sistema, atendendo às necessidades, às demandas e às representações da população (CONASS, 2015). De modo geral, a APS se apresenta como a porta de entrada do sistema, e por ser primeiro contato da população com o sistema de atenção à saúde deve apresentar postura organizada e ação resolutiva dos problemas, a fim de minimizar custos e a satisfazer às demandas da população, através de serviço eficiente (ALMEIDA et al., 2018; SALTMAN et al., 2006).

De forma concisa, a capacidade de atuar da APS exclusivamente acontece ao cumprir três papéis essenciais: resolutividade, coordenação e responsabilização. A resolutividade é essencial ao nível de atendimento primário e implica na necessidade de capacitação cognitiva e tecnológica para suprir e atender mais de 90% da população inerente à APS. A coordenação concentra a comunicação e a distribuição de informações entre as redes de atenção à saúde. Por fim, a responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo com a

população e os profissionais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2002).

Figura 1 - Representação das obrigações e atributos da APS.



Fonte: Adaptado de Starfield, 2002.

Em síntese, para atender as demandas da população regular da atenção primária à saúde, é necessário estruturar-se em diretrizes desmembradas em atributos essenciais e derivados, conforme apresentado na **Figura 1**, sendo adotados quatro atributos essenciais: (i) atenção ao primeiro contato; (ii) longitudinalidade; (iii) integralidade; e (iv) coordenação; e três atributos derivados: (v) orientação familiar; (vi) comunitária; e (vii) competência cultural (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

2.3.1 Atributos da Atenção Primária à Saúde

O desenvolvimento e aprimoramento da APS é longo e demorado, e envolve uma rede enorme de serviços prestados à saúde. A criação do SUS em 1988, baseava-se em princípios relacionados a universalidade de acesso, a igualdade e a

integralidade da assistência, assim como a descentralização, hierarquização e a participação da comunidade (ALMEIDA et al., 2018).

A criação e a implementação de um sistema único de saúde pública, constitui uma das maiores políticas de inclusão social. E conseqüentemente, a organização é a chave para esse sistema funcionar conforme as diretrizes e atributos fundamentais. A consolidação e o avanço da APS nas últimas décadas no Brasil, representa as melhorias mais relevantes do SUS, tanto como política pública, como em sistema de saúde universal no país (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Desde a consolidação da Conferência à Saúde em 1978, Alma-Ata, a APS é a garantia de atingir nível de atenção à saúde, sendo fator fundamental para desenvolver sistemas em saúde, produzindo melhorias sustentáveis e equitativas. A APS é o alicerce para promover cobertura pública de saúde. De tal modo, a qualidade da APS está diretamente envolvida com o cumprimento e exercício contínuo das atribuições fundamentais. Com a implementação do SUS em nosso país, a APS ganhou centralidade no sistema de saúde, e se reestrutura apenas com o programa de saúde da família nos anos 90, depois melhor denominado como ESF para mostrar seu caráter sólido e não transitório (ALMEIDA et al., 2018).

Segundo Starfield (2002), APS exhibe-se como o primeiro nível de assistência ofertado dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela longitudinalidade e integralidade nas ações, sucedida da coordenação da assistência, da atenção centrada no indivíduo e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos com atitude cultural específica para a APS (STARFIELD, 2002).

O sistema de saúde baseado na construção da APS, propõem garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis para toda população, enfatizando a atenção clínica, a prevenção de doenças e a promoção da saúde (BRASIL, 2019).

Contudo, a APS vai além por assegurar o cuidado no primeiro atendimento, tornando as famílias e comunidades como base de organização e atuação, com recursos adequados e sustentáveis, com capacidade de atender às necessidades a longo prazo sem comprometer as necessidades futuras da população. A oferta de cuidados primários essenciais deve ser fundamentada em tecnologias e métodos apropriados, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. Tais cuidados devem ser disponibilizados em locais próximos ao trabalho e residência das

peçoas, ao alcance universal de todos os indivíduos das comunidades, a um custo com o qual a comunidade e o país possam arcar em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (ALMEIDA et al., 2018; OPAS;OMS, 1978).

Para atender tal demanda, a APS é subdividida em atributos, relacionados e interligados, fundamentais para a atuação individual de cada atributo, mas principalmente para a atuação integral, efetiva, e eficiente da unidade de atenção primária (BRASIL, 2019).

2.3.1.1 Atributos Essenciais

Os atributos essenciais são divididos em quatro categorias. A primeira está relacionada à atenção ao primeiro contato, que implica a acessibilidade e o uso dos serviços para cada novo problema ou episódio de adversidade à saúde. Em segundo, a longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e o uso sólido e duradouro no decorrer do tempo, em ambiente de mútua confiança e humanizado. A terceira categoria refere-se à integralidade, que de modo geral, constitui a prestação de serviços pela equipe de saúde, atendendo às necessidades da população, sendo responsável por promover, prevenir, tratar e reabilitar. Por fim, a coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da APS, por intermédio da equipe médica, sendo posta como centro de comunicação das redes de atendimento à saúde (STARFIELD, 2002; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A expressão primeiro contato indica a essencialidade de acesso e utilização dos recursos prestados pelo sistema de saúde por meio dos usuários em cada dificuldade ou episódio frequente do mesmo problema. Em princípio, o primeiro contato pode ser acentuado como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, a população identifica o serviço de saúde pública como primeiro recurso a ser buscado em casos de problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; CASTRO et al., 2020; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Contudo, a definição de acesso e acessibilidade, por mais que sejam complementares, são distintas. A acessibilidade refere-se às características da oferta, possibilitando aos usuários abordar o serviço de saúde, enquanto o acesso é a forma que as pessoas percebem a acessibilidade. O conceito de acesso abrange a

ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, no tempo que a acessibilidade está relacionada à oferta de serviços, à capacidade de produzir produtos e atender às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O termo acesso possui definição complexa, sendo comumente agregado de forma ambígua, sofrendo alterações ao longo do tempo e conforme o contexto. A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas públicos de saúde. Apesar das dissensões, predomina a interpretação de acesso às características da oferta de serviços – ainda que o uso de serviços seja um procedimento ao acesso, não se explica por si só. O acesso é observado pelo impacto causado na saúde e dependerá da adequação do cuidado prestado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O conceito de acessibilidade pode ser avaliado como a capacidade do usuário obter cuidados de saúde quando necessário, de maneira simplificada e adequada. A acessibilidade deve ser considerada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos (PINHO et al., 2020). A compreensão absoluta da acessibilidade é fundamental para consentir a identificação dos aspectos que facilitam o atendimento à saúde, tanto quanto os que se apresentam como impedimentos (CASTRO et al., 2020).

Donabedian (1973) define acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços, e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Tornando o termo acessibilidade mais abrangente, indo além de mera disponibilidade de recursos em determinado período e espaço (DONABEDIAN, 1973). A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as transformações na utilização de serviços de saúde pela população, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

De acordo com Donabedian (1973), a acessibilidade distingue-se em duas extensões: a sócio-organizacional e a geográfica, no qual se relacionam. A acessibilidade sócio-organizacional compreende as características da oferta de serviços, que interrompem ou adicionam a capacidade de usuários no uso de serviços. Tal acessibilidade está relacionada às políticas públicas internas e externas, de seleção de pacientes baseados na condição social, econômica ou de

diagnóstico (PINHO et al., 2020). A acessibilidade geográfica, por sua vez, relaciona-se à fricção do espaço, que pode ser medida pela distância linear, tempo e locomoção, assim como custo da viagem, e outros fatores. Independentemente, a acessibilidade expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços de saúde (DONABEDIAN, 1973; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Oficialmente, a APS configura-se como a porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro. Sendo assim, espera-se que os serviços ofertados sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde apresentados pela população. A adoção de ferramentas de gestão como: abordagem multidisciplinar; planejamento de ações; arranjo direcionado de serviço; e compartilhamento do processo decisório, são fatores capazes de promover e contribuir para oferecer atenção ao primeiro contato de qualidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; PINHO et al., 2020).

O atributo de longitudinalidade implica na existência de serviço regular de atenção e ao uso ao longo prazo, independente da presença de situações adversas específicas relacionadas à saúde ou não. O termo continuidade do cuidado é empregado com sentido análogo à palavra longitudinalidade, onde, apesar de ocorrer interrupções na continuidade da atenção (tratamento), não implica na interrupção da relação profissionais-usuários (BODENHEIMER et al., 2014; LIMA et al., 2018; MOREIRA et al., 2017; PINHO et al., 2020).

A relação pessoal entre profissionais e pacientes embora temporal é fonte de pesquisa e estudos, relacionando a longitudinalidade ao vínculo interpessoal entre usuários e sua rede de atenção, onde avalia o alcance do entendimento entre profissionais e usuários, permitindo tranquilidade aos usuários de relatar aos profissionais as preocupações e outros aspectos da vida pessoal, recebendo atenção do profissional e estreitando os laços. A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos efetivos, reduzindo encaminhamentos desnecessários e a realização de procedimentos de maior complexidade (BODENHEIMER et al., 2014; MOREIRA et al., 2017)

A formação dos profissionais envolvidos no atendimento à saúde precisa estar ciente da realidade social, econômica e geográfica dos usuários do sistema, de modo que, a falta de preparo para lidar com pacientes em tais condições socioculturais, constitui obstáculo para atingir a longitudinalidade. Para prover e

reduzir tal intempérie, o MS, em 2004 desenvolveu e lançou o Programa Nacional de Humanização (PNH), conhecido como “Humaniza SUS”, que, entre suas diretrizes e amplificadores, define uma estratégia de modificação do processo de trabalho em saúde – o acolhimento (BRASIL, 2011).

A proposta do acolhimento consiste na mudança no processo e metodologia de trabalho adotados em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado. O acolhimento não é uma ferramenta em si, mas uma postura ética e moral que permeia a atividade assistencial. A prática e exercício do acolhimento consiste na busca regular de consideração das necessidades de saúde dos usuários e das opções e ações capazes de satisfazê-los, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial com maior efetividade e direcionamento (BODENHEIMER et al., 2014; LIMA et al., 2018; MOURA et al., 2010; CASTRO et al., 2020).

A integralidade é um dos fundamentos da constituição do SUS e dispõe de quatro dimensões: (i) primazia das ações de promoção e prevenção; (ii) atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; (iii) articulação das ações de promoção, proteção e prevenção; e (iv) abordagem integral do indivíduo e das famílias (GIOVANELLA et al., 2002).

A primeira dimensão reafirma as ações de promoção e prevenção do sistema de saúde, promovendo a especialização dos profissionais, a humanização, as ações em saúde, e não apenas a promoção em saúde à ausência de doenças. Tal dimensão potencializa a amplitude em intervir em saúde, exigindo e desafiando a construção de ações intersetoriais, através da formulação de políticas sociais e econômicas que superem o risco e atuem na redução das desigualdades sociais, assim como na melhoria das condições de vida da população atendida pelo sistema de saúde (GIOVANELLA et al., 2002; LIMA et al., 2018; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A segunda dimensão toma a integralidade como garantia de acesso a diversos níveis de atenção – primário, secundário e terciário, cuja característica básica é a diferença na densidade tecnológica e de recursos da assistência à saúde. Pressupõe, portanto a existência de uma rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, onde a conexão entre as ações nos múltiplos níveis satisfaça o conjunto de cuidados exigidos pelo indivíduo (GIOVANELLA et al., 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, a integralidade é definida como:

Princípio contemplado por meio de um modelo assistencial hierarquizado e descentralizado, com sistemas formais de referência e contrarreferência, cuja garantia da integração dos recursos de infraestrutura é fundamental (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Ou seja, a integralidade da atenção em todos os níveis de atendimento, depende de um sistema articulado, onde as adversidades são apresentadas pelos usuários abordados em todos os níveis de assistência necessários para a resolução do problema, em que o acesso aos níveis de atenção à saúde seja ágil e simples (STARFIELD, 2002; PINHO et al., 2020).

A terceira dimensão da integralidade é a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (GIOVANELLA et al., 2002), de modo que tais práticas e ações em saúde sejam desenvolvidas de modo coletivo pelo sistema, visando atender as necessidades individuais dos usuários, mas abordando a coletividade da família e da comunidade (PINHO et al., 2020).

Por fim, a última dimensão da integralidade é a abordagem integral do indivíduo e da família, relacionada a atenção e resposta dos profissionais de saúde. A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, valorizando as subjetividades inseparáveis do atendimento à saúde (LIMA et al., 2018; PINHO et al., 2020).

Entretanto, para exercer a integralidade é necessário reavaliar as práticas e conformações estabelecidas dos serviços públicos de saúde, os quais ainda apresentam descontinuidade assistencial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O último atributo essencial da APS é a coordenação, que conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento das adversidades. Para atender a família no sistema de saúde, é necessária interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral dos problemas de saúde expostos e da singularidade para a abordagem familiar (STARFIELD, 2002).

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como “a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Tem como propósito

oferecer ao usuário um conjunto de serviços e informações que atenda às necessidades do paciente em saúde de forma integrada.

Em síntese, os quatro atributos essenciais são basilares para que a APS adote a coordenação das redes de atenção à saúde. A coordenação apresenta-se como atributo ligante, que permite aos outros atributos aplicar a sua funcionalidade – a atenção coordenada é efetiva e imperativa (LIMA et al., 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A inadequação da coordenação resulta no não cumprimento das obrigações da APS, falhando desde o atendimento inicial até o tratamento final, com ações desnecessárias, dispendiosas, em duplicidade e excessivas (LIMA et al., 2018; GONÇALVES; HARZHEIM, 2015).

O sistema de saúde deve assegurar ao usuário ações e serviços efetivos, contínuos, integral e humanizado. A integração das unidades de saúde à rede assistencial é fundamental para garantir oferta compreensiva de serviços e coordenar ações para promover melhoria ao atendimento a longo prazo (ALBUQUERQUE et al., 2014).

2.3.1.2 Atributos Derivados

Os atributos derivados qualificam as ações dos serviços de APS, sendo divididos em três categorias: (i) orientação familiar; (ii) orientação comunitária; e (iii) competência cultural. Ou seja, o indivíduo deve ser avaliado de forma integral, considerando a importância do contexto familiar e sua abordagem; a equipe deve olhar para a comunidade em que está inserida, suas características epidemiológicas, seus pontos e aparelhos de proteção e de risco para a saúde comunitária; e a equipe conseguir se comunicar através de adaptações e validação da cultura dos usuários, que às vezes é diversa da do profissional de saúde (MENDES, 2012; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A atenção à saúde centrada na família, denominada orientação familiar, é definida pelo “conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e cuidado das doenças”, atuando na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, considerando o contexto familiar e a capacidade de cuidado; avaliando também a possibilidade de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar – como visitas domiciliares e prontuário da família (STARFIELD, 2002).

A orientação comunitária abrange as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a população; envolve o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. É o reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade e a relação entre a unidade de saúde e os serviços prestados (STRARFIELD, 2002). As ações de orientação comunitária envolvem diagnóstico da comunidade e demanda; identificação de microáreas de risco; ofertas de grupos terapêuticos como pré-natal, e conselho local de saúde (GOLÇALVES; HARZHEIM, 2015).

Por fim, a competência cultural envolve a adaptação do profissional de saúde e dos serviços de saúde, com a finalidade de facilitar a relação com a diversidade cultural da população (STRARFIELD, 2002), utilizando linguagem acessível à população, sem vocabulário técnico excessivo, usando de expressões locais, mitos e folclores; e principalmente, atuar com respeito às diferenças culturais (GOLÇALVES; HARZHEIM, 2015).

A APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da população. Há diversas estratégias governamentais relacionadas à promoção da saúde, sendo a APS uma delas, um sistema de saúde com forte atuação na Atenção Primária à Saúde apresentando sistema mais efetivo, com maior taxa de satisfação e com menor custo para o governo e municípios, além de ser justo e acessível para toda a população (STARFIELD, 2005).

Concisamente, a APS só existirá ao cumprir três papéis essenciais: resolutividade, coordenação e responsabilização. O papel da resolutividade, intrínseco ao nível de cuidados primários, implica na necessidade de resolutividade, capacitação cognitiva e tecnológica, suprimindo 90% da demanda da população a APS (STARFIELD, 2005).

O papel de coordenação expressa o exercício, pela APS, de centralizar a comunicação das redes de atenção à saúde, ordenando os fluxos e os contrafluxos de pacientes, produtos e informações entre os diferentes componentes do sistema de saúde. O último papel essencial da atenção primária à saúde é a responsabilização que implica o conhecimento e o relacionamento íntimo nos microterritórios sanitários, da população adscrita, além do exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a população inserida (LIMA et al., 2018; MENDES, 2012).

2.3.2 Atenção Primária à Saúde em relação à pandemia no Brasil

A pandemia provocada pelo coronavírus, no intervalo de 2019-2022, até o dia 10 de junho, levou a óbito mais de 6 milhões de pessoas no mundo, sendo 668 mil pessoas no Brasil (WHO, 2020a; BRASIL, 2020d). O foco do cuidado em nível hospitalar vem sendo amplamente discutido - tanto por profissionais da área de saúde, como por gestores e pelos meios de comunicação social. A APS no SUS é altamente capilarizada – presente na totalidade dos municípios brasileiros, sendo atendida pela ESF, refletindo a importância da APS como primeiro nível de atenção à população (NEDEL, 2020).

O programa ESF realiza o atendimento clínico de um indivíduo centrado na família e integrado na promoção da saúde e vigilância a partir de uma microrregião definida. Dessa forma, a ESF gere o cuidado às populações vulneráveis em áreas menos assistidas como favelas e comunidades periféricas em centros urbanos. O programa ESF tem como um de seus objetivos centrais a reorganização da atenção básica seguindo as diretrizes do SUS, ampliando a capacidade de resolução e impacto na saúde das populações (HADDAD et al., 2010). O aumento significativo no número de equipes da ESF no país no período de 1998 à 2017, reduziu em 45% as causas de internações sensíveis à APS na média nacional (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Organizar os serviços para atuarem com a máxima efetividade é responsabilidade constante de todos os profissionais, acercando-se das competências de gestão e organização de serviços de saúde (ALVES, 2020).

Durante a pandemia, em meio à ausência da coordenação das políticas de saúde em nível federal, as recomendações publicadas às ESFs visaram definir papéis e fluxos que este nível de atenção deveria incorporar para prestar a assistência à Covid-19 necessárias e, ao mesmo tempo, preservar a oferta de serviços orientados para a manutenção dos atributos que norteiam a APS (ENGSTROM et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020b). O acesso à APS foi fragilizado com as recomendações de isolamento social, de modo que as ESF precisaram de reinventar o atendimento, garantindo esse atributo essencial de forma adequada através do teleatendimento. A longitudinalidade no contexto de teleatendimentos, apresenta a maior dificuldade em estabelecer comunicação efetiva entre paciente-profissional da saúde (ALVES, 2020; CAETANO, 2020; NEDEL, 2020).

Conseqüentemente, a integralidade sofreu prejuízos com o distanciamento e o isolamento. A APS é responsável por gerenciar o cuidado, supervisionar as informações recebidas de diversos níveis de atenção e regular os fluxos à atenção de problemas. A importância da coordenação, atributo essencial que conecta os outros, se torna primordial em situação pandêmica, visto que vários serviços oferecidos pela atenção secundária e terciária se apresentaram suspensos (ALVES, 2020; LEITE et al., 2020).

O conhecimento do contexto familiar das pessoas permite às ESF identificar o potencial de cuidado de cada família e o potencial de ameaça à saúde. Na pandemia, esse atributo contribuiu para orientações mais individualizadas e assertivas de isolamento domiciliar e cuidado aos doentes, fornecendo, inclusive, a identificação de famílias com relações violentas – houve aumento alarmante de registros de violência doméstica no contexto do isolamento social (ENGSTROM et al., 2020; MAIA; AGOSTINI; AZIZE, 2020; SBMFC, 2020a).

As necessidades em saúde das pessoas ocorrem dentro de um contexto social e o conhecimento é fundamental para o planejamento de ações estratégicas. No contexto da pandemia, adaptar as orientações para prevenção da transmissão do vírus entre as pessoas é essencial à realidade de cada comunidade, com atenção às particularidades vulneráveis, como comunidades, favelas e periferias (GIOVANELLA et al., 2020b; MEDINA et al., 2020; SBMFC, 2020b).

Para além da adaptação dos serviços para fortalecer os atributos da APS na pandemia, foi necessário pensar com urgência na segurança ofertada aos pacientes e aos profissionais (PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022). Alves (2020) analisa as medidas adotadas para a prevenção dos profissionais, melhor atendimento dos pacientes, e ações como: triagem de todos os pacientes antes da entrada nas unidades; uso universal de máscara facial e higienização das mãos; adequação do espaço físico das unidades adotando fluxos afastados para pacientes com sintomas respiratórios e sem os mesmos; atenção especial à segurança da sala de imunizações; desinfecção adequada de todos os espaços da unidade; uso correto dos equipamentos de proteção individual (EPI); rodízio dos profissionais no atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios visando reduzir o tempo de exposição ao vírus; e previsão de afastamento de profissionais por adoecimento (ALVES, 2020).

É necessário intensificar a operacionalização dos atributos, essenciais ou derivados, visto que a APS é a primeira a entrar e a última a sair em um processo de pandemia. No estado de Santa Catarina, em Florianópolis, houve grande esforço para manter a APS disponível e acessível, com a exploração de outros recursos tecnológicos, como teleatendimento, mantendo a APS próxima da população. A APS de Florianópolis foi acionada para receber e triar os casos leves de COVID-19, evitando a aglomeração de pessoas sintomáticas nos hospitais e nas unidades básicas (CONASS, 2021; SILVEIRA; ZONTA, 2020).

O principal impasse referente a APS é centralizar os atendimentos ou manter a rede aberta (LEITE et al., 2020). A centralização dos atendimentos reduz as opções de unidades para a população, promovendo a dissipação do vírus. Para manter a rede aberta, é necessário garantir a segurança à vida dos profissionais, evitando contato prolongado com a doença. De modo que, a manutenção da capilaridade, com a ampliação dos pontos de atendimento, pulveriza os atendimentos e reduz a pressão sobre os hospitais (HARZEIM et al., 2020; MEDINA et al., 2020; SILVEIRA; ZONTA, 2020).

Outro desafio para a APS durante a pandemia é a imperatividade de combinar o acesso universal com a prevenção de contágios. O uso de ferramentas como a teleconsulta auxilia os profissionais a manter as funções essenciais da APS, porém o teleatendimento não substitui a efetividade do serviço prestado nas unidades presencialmente (SANTOS; SCHRAPETT; SILVA, 2021). Constitui-se indispensável prevenir o contágio, porém tal desafio não deve ser empregado como subterfúgio para isentar os gestores das unidades de saúde da responsabilidade de oferecer cuidado para as pessoas envolvidas na APS (CONASS, 2021).

Se tornou imprescindível capacitar as equipes para que a APS conseguisse manter os atributos com eficiência e efetividade durante a pandemia. A pandemia, contudo, evidenciou o subfinanciamento do SUS, as dificuldades observadas em diversos estados demonstraram e afirmaram a necessidade de investir em saúde, para em um futuro, possuir os recursos necessários para enfrentar situações adversas não programadas (MAIA; AGOSTINI; AZIZE, 2020; MEDINA et al., 2020).

As experiências internacionais nas tentativas de combate da pandemia centradas no cuidado individual hospitalar chamaram a atenção para a necessidade de uma atuação mais territorial, comunitária e domiciliar, e a necessidade de ativar a APS, forte e integral, em toda a sua potencialidade (GLAZIER et al., 2021;

KENDZERSKA et al., 2021; NEDEL, 2020). O modelo adotado no Brasil, com as ESFs e abordagem territorial, apresentou impactos positivos na saúde da população, além de possuir papel importante na rede assistencial de cuidados, contribuindo vigorosamente para a abordagem comunitária, necessária no enfrentamento de qualquer epidemia (ALVES, 2020).

A crise global envolvendo o novo coronavírus é sanitária, política, econômica e social, e exige inovação nos modos de operação e radicalização da lógica de intervenção comunitária no exercício de novas formas de sociabilidade e de solidariedade (GIOVANELLA et al., 2020b; MEDINA et al., 2020).

2.3.3 A atuação da Atenção Primária à Saúde na pandemia

Diante do cenário exposto pela pandemia, a atuação da APS precisou passar por reestruturação, reorganização e planejamento para enfrentar as adversidades impostas pelo vírus, buscando reduzir as taxas de contágio e conseqüentemente, as mortes (CAVAGNOLI et al., 2021; MURAKAMI.; ARAÚJO; MARQUES, 2022). O MS, por intermédio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) construiu e implementou uma série de estratégias da APS no âmbito do apoio aos gestores locais, e em articulação com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais de Saúde (CONASEMS) (HARZHEIM, et al., 2020).

O combate ao novo coronavírus exigiu a elaboração de planos de gerenciamento e contenção de risco em nível nacional, estadual e municipal, fortalecendo a atuação no em todas as regiões e áreas do país (PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022). Foi necessário considerar alguns pontos, como: (i) a atenção à população com sintomas leves de COVID-19 e outros problemas de saúde; (ii) desenvolver e disponibilizar proteção adequada aos profissionais de saúde, com segurança à realizarem o trabalho – evitando serem fonte de contaminação para outros pacientes e profissionais, bem como evitarem suas próprias contaminações; (iii) mudanças organizacionais para atender a população local de forma acessível; (iv) distribuição de recursos, apoio logístico e operacional deve ser reavaliada; (v) formação permanente e atualizada dos profissionais de saúde; (vi) mapeamento de cada território para identificar

dificuldades e padrões de contágio; (vii) planejamento de distanciamento e isolamento seguro, que permita ao usuário ser atendido pelo sistema; e (viii) parceria com a comunidade local para melhor atender e propagar a informação (DUNLOP et al., 2020; ENGSTROM et al., 2020).

Segundo Medina et al. (2020), a atuação da APS pode ser sistematizada em quatro eixos: (i) vigilância em saúde nos territórios; (ii) atenção aos usuários com COVID-19; (iii) suporte social a grupos vulneráveis; e (iv) continuidade das ações próprias da APS (MEDINA et al., 2020).

A primeira medida, a vigilância em saúde nos territórios, visou bloquear e reduzir o risco de dilatação do vírus, ou seja, reduzir as taxas de contágio. A atuação da APS deve estar envolvida no gerenciamento de risco da epidemia para aprimorar a qualidade das ações, atuando de forma articulada com a vigilância em saúde dos estados e municípios, aplicando fluxos de informação (LEITE et al., 2020; MEDINA et al., 2020). A notificação, detecção e acompanhamento dos casos, permite ao sistema maior controle e a possibilidade de mudança de ações para melhor controlar os casos. O isolamento domiciliar dos casos e a quarentena são fundamentais para mitigar a atuação da epidemia (ENGSTROM et al., 2020; FERNANDES; ORTEGA, 2020; MEDINA et al., 2020).

O isolamento social, medida necessária e fundamental para reduzir as taxas de contaminação do vírus, deve ser impulsionado pelos profissionais da equipe, principalmente por agentes comunitários de saúde (ACS), mobilizando as lideranças nas comunidades para divulgar informações e medidas de proteção (MEDINA et al., 2020; NEDEL, 2020). A difusão das informações é crucial para enfrentar as intempéries da COVID-19, a conscientização da população e combate aos *tabus* da doença, sendo fundamental o papel dos ACS combatendo *fake news* e dando suporte a atividades educativas na região, com temáticas abordando à higiene e proteção da população (BHAUMIK et al., 2020; DAUMAS et al., 2020; MEDINA et al., 2020).

A organização das APS com fluxos e organogramas específicos direcionados aos cuidados dos usuários com COVID-19, deve ser implementada de forma planejada e organizada. Entre as ações recomendadas, deve-se rapidamente identificar e separar os usuários com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus, de pessoas não contaminadas e com problemas diversos, visando a prevenção do contágio local; a testagem, quando disponível; a identificação,

encaminhamento e coordenação do cuidado de casos moderados e graves; o monitoramento da evolução dos casos leves e a incorporação de tecnologias e habilidades para o atendimento remoto, por teleconsulta (CHAN et al., 2019; ENGSTROM et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020a; GREENHALGH; KOH; CAR, 2020; MEDINA et al., 2020; SARTI et al., 2020).

A necessidade do distanciamento social estabeleceu a urgência da implementação e da expansão de serviços de atendimento e acompanhamento remoto de pacientes suspeitos ou diagnosticados com Covid-19, bem como outras patologias, visto que a rede de saúde estava muito voltada para o atendimento de casos graves da doença e outras emergências médicas que precisavam de atendimento presencial.

O telemonitoramento se estabeleceu por telefone móvel, por meio do teleatendimento criado para rastrear, acompanhar e monitorar pacientes portadores de Síndrome Gripal e COVID-19. Esse, utiliza uma central de teleatendimento criada para fortalecer o enfrentamento da COVID-19. O monitoramento também era no App no celular e WhatsApp, em todas as fases da doença. Além disso, faz rastreamento pró-ativo de COVID-19 para grupos selecionados de pessoas em maior risco (idosos e portadores de doenças crônicas). O Conselho Federal de Medicina regulamentou a Telemedicina para consultas médicas on-line visando garantir a assistência médica sem sobrecarregar hospitais e expor a população ao risco de contágio (DAUMAS et al., 2020; HARZHEIM et al., 2020; MURAKAMI.; ARAÚJO; MARQUES, 2022; OLIVEIRA et al., 2020; SANTOS; SCHRAPETT; SILVA, 2021).

A atenção primária por intermédio da teleconsulta e outras modalidades de atendimento *on-line*, permitiu manter o atendimento ao usuário, podendo ainda tomar postura de uso permanente a longo prazo, sendo utilizadas não somente em situação de pandemia, mas como ferramenta de atendimento da APS. Para tal, o atendimento por meio da consulta remota deve ser concretizado com base em protocolos, usando mensagem clara e prática, preferencialmente utilizando chamada de vídeo, pois além de facilitar o monitoramento de sinais vitais, mantém o contato usuário-profissional (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020).

Nesse sentido, o MS por meio do Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19, organizou um fluxo de atendimento que tinha como porta de entrada a APS, coordenadora da atenção, para estratificação da gravidade dos casos de usuários com sintomas de síndrome gripal, indicando o telemonitoramento para fins de

acompanhamento e evolução do quadro clínico (BRASIL, 2020f). O telemonitoramento orientava a RAS para atuar na administração dos casos, visando mitigar a transmissão pautada na educação em saúde dos usuários e de seus contactantes domiciliares, na manutenção do isolamento domiciliar e na identificação precoce de possível agravamento dos sintomas. Os profissionais da APS utilizando diferentes formas de teleatendimento puderam orientar os casos suspeitos quanto ao isolamento e reconhecimento dos sinais de alerta; identificar pacientes que não podiam ser devidamente assistidos no domicílio; acompanhar casos suspeitos quanto à evolução clínica; realizar videoconsultas para casos mais complexos e solicitar remoção para uma unidade hospitalar ao identificar sinais de agravamento (DAUMAS et al., 2020; MURAKAMI.; ARAÚJO; MARQUES, 2022; SILVA et al., 2021; SANTOS; SCHRAPETT; SILVA, 2021).

A qualidade do atendimento na APS e a continuidade do cuidado aos usuários contaminados com COVID-19 só pode ser garantida com recursos adequados para garantir a segurança do paciente e apresentar soluções e ações para o problema. Na avaliação da gravidade dos casos e a evolução dos sintomas, a medição do nível de saturação de oxigênio no sangue é fator importante, sendo necessário disponibilizar oxímetro para as equipes de saúde, para utilizar na triagem, no atendimento domiciliar e presencial, além de acompanhar os casos suspeitos e confirmados (MEDINA et al, 2020; MURAKAMI.; ARAÚJO; MARQUES, 2022).

Segundo Medina et al. (2020), ao que se refere à continuidade do cuidado ao paciente, é imperativo aos serviços da APS integração à rede de emergência, aos hospitais e de transporte sanitário. A APS também deve integrar à regulação de leitos com os fluxos definidos e canais de comunicação abertos e ágeis, para garantir cuidado conforme a seriedade.

O suporte social prestado pela APS a grupos vulneráveis têm ampliado o desempenho na resposta às necessidades da população socialmente vulnerável e de grupos de risco. Encontrar as melhores soluções para problemas graves e diversos dos grupos populacionais mais vulneráveis exige ação coordenada na região com as lideranças e instituições locais, articulando ações implementadas pelas equipes com as iniciativas comunitárias e os recursos disponíveis para promover o engajamento comunitário e adequar a estratégia de ação ao combate a disseminação do coronavírus (DAUMAS et al., 2020; GREENHALGH; KOH; CAR,

2020; MENDINA et al., 2020; MURAKAMI.; ARAÚJO; MARQUES, 2022). Propostas sociais, trabalhadas em conjunto com a comunidade e as unidades de saúde, podem atuar em ofertas de abrigo em hotéis, escolas ou outros estabelecimentos para pessoas em risco. Iniciativas de engajamento comunitário solidário, promovendo mutirão de distribuição de cesta básica, máscaras e outros itens necessários à comunidade (MURAKAMI.; ARAÚJO; MARQUES, 2022).

A continuidade das ações, função e atributos essenciais e derivados da APS deve ser preservada em todos os momentos, independente da situação sanitária do momento. A pandemia exigiu que a APS remodelasse a organização de procedimentos, estruturas e ações, possua planejamento para enfrentar as situações adversas de isolamento, cumprindo, de maneira integral a missão imposta, incluindo novas formas de cuidado à distância, evitando o risco de aprofundamento da exclusão do acesso e das desigualdades sociais (MEDINA et al., 2020; MURAKAMI.; ARAÚJO; MARQUES, 2022).

2.3.4 Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro em relação à COVID-19

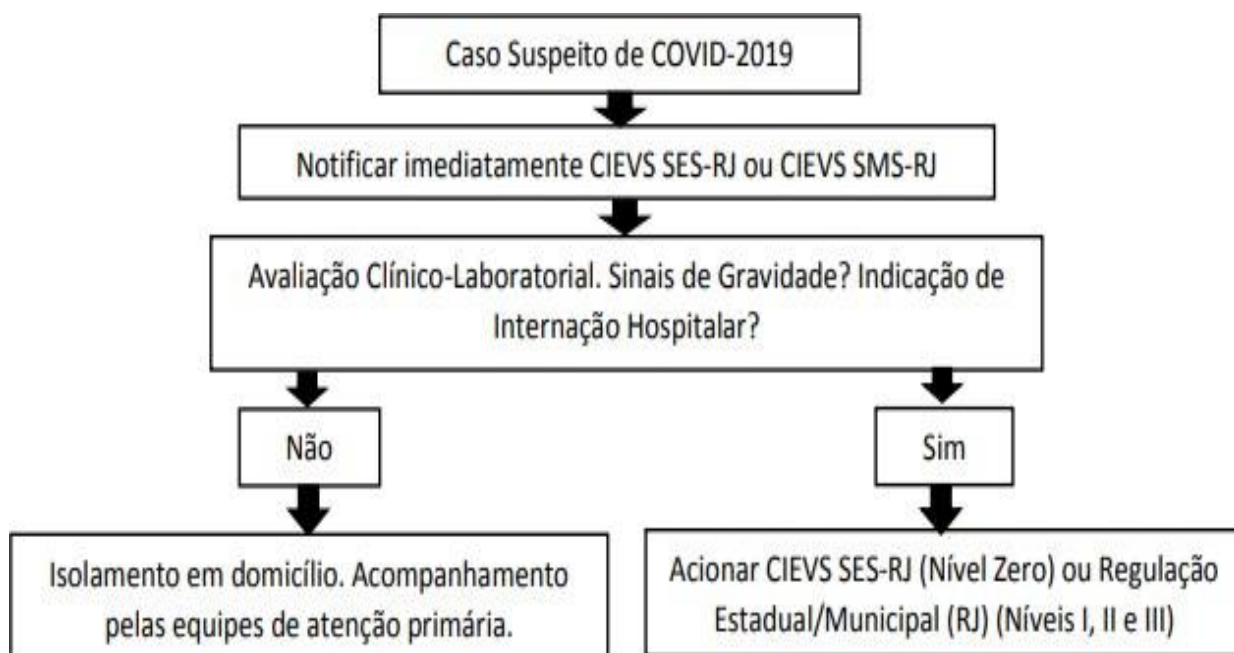
A pandemia de COVID-19 é um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que necessitam de reorganização integral para enfrentar a pandemia. No Brasil e no mundo, a resposta sanitária focou nos serviços hospitalares, com ações para a ampliação do número de leitos, especialmente, de unidades de tratamento intensivo e respiradores pulmonares. Sem retirar a importância da adequada estruturação da atenção especializada voltada aos casos mais graves da COVID-19, é preciso falar sobre a importância da atuação da atenção primária à saúde na linha de frente (MEDINA et al., 2020; NASSAR et al., 2020).

Em 5 de março de 2020, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado no estado do Rio de Janeiro. A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) através do Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus, emitiu diversas notas técnicas para orientar e disseminar a informação sobre os protocolos de prevenção ao novo vírus. O plano possui os objetivos consequentes: (i) limitar a transmissão humano a humano, incluindo as infecções secundárias entre contatos próximos e profissionais de saúde, prevenindo eventos de amplificação de

transmissão; (ii) identificar, isolar e cuidar dos pacientes precocemente, fornecendo atendimento adequado às pessoas infectadas; (iii) comunicar informações críticas sobre riscos e eventos à sociedade e combater a desinformação; e (iv) organizar a resposta assistencial de forma a garantir o adequado atendimento da população fluminense na rede de saúde (RIO DE JANEIRO, 2020).

A **Figura 2** apresenta o esquema assistencial a caso suspeito do plano emergencial do Estado do Rio de Janeiro, e de forma resumida demonstra o protocolo de resposta que deve ser seguido. Os casos suspeitos, prováveis e confirmados, tanto no serviço público e privado, devem ser notificados imediatamente ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) da SES-RJ (RIO DE JANEIRO, 2020).

Figura 2 - Resumo prático do esquema de assistência a caso suspeito de COVID-19 do Plano de Emergência do Estado do Rio de Janeiro, 2020.



Fonte: Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (2020).

Para controlar a disseminação da doença, em 16/03/2020, por meio do decreto Nº 46.973, o governo do Estado orientou medidas para todos os serviços, determinando a suspensão por 15 (quinze) dias, das seguintes atividades: (i) realização de eventos e atividades com a presença de público; (ii) atividades coletivas de cinema, teatro e afins; (iii) visitação às unidades prisionais; (iv)

transporte de detentos para realização de audiências de qualquer natureza; (v) visita a pacientes diagnosticados com o COVID-19, internados na rede pública ou privada de saúde; (vi) aulas nas unidades da rede pública e privada de ensino, inclusive ensino superior; (vii) curso do prazo processual nos processos administrativos e o acesso aos autos dos processos físicos; e por último, (viii) circulação de linha interestadual de ônibus com origem em estado com circulação do vírus confirmada ou situação de emergência decretada (RIO DE JANEIRO, 2020).

De acordo com o MS (1997) – a saúde da família está no primeiro nível de atenção no SUS e é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica. A APS, de acordo com a definição da OMS, representa o primeiro nível de contato com o sistema, responsável por levar os cuidados de saúde o mais próximo possível da comunidade. Tem a obrigatoriedade de organizar o fluxo de atendimento dos serviços da rede de saúde, da mesma forma por orientar sobre prevenção de doenças e promover a saúde pública através de práticas científicas fundamentais para a melhoria da saúde da comunidade (BRASIL, 2019).

A atuação da Unidade de Atenção Primária deve, em primeiro lugar, promover acesso a toda população, de modo que seja o primeiro serviço a ser procurado pelo paciente. Em seguida deve permitir, assim como integrar a RAS integrando a unidade primária de saúde a outros serviços, como possíveis cirurgias e/ou internações. Dessa forma, a atuação da APS em situação de casos graves deve ser capaz de promover vigilância à saúde em todos os territórios em que se encontra presente, além de atender aos usuários em casos graves, deve dar suporte a grupos vulneráveis (DAUMAS et al., 2020; MURAKAMI.; ARAÚJO; MARQUES, 2022; PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022).

Visando dificultar e reduzir o risco de contaminação pelo vírus, a APS deve gerenciar e atuar na vigilância dos municípios através da disseminação de informação, permitindo aperfeiçoar a qualidade das ações adotadas. A notificação, detecção e acompanhamento dos casos, com isolamento domiciliar e quarentena são atividades fundamentais para a mitigação da epidemia, e de responsabilidade das equipes de APS (BRASIL, 2020f; DAUMAS et al., 2020; ENGSTROM et al., 2020; SARTI et al., 2020).

A Clínica da Família está inserida no Programa de APS, e devido à relevância epidemiológica e clínica, um plano com orientações referentes à doença foi criado

especificamente para os serviços de APS. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, foram desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravantes frequentes. Possui como estratégia de trabalho avaliar a realidade familiar, por meio de cadastramento e diagnóstico de características sociais, demográficas e epidemiológicas; além de identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário (RIO DE JANEIRO, 2010).

Os avanços da APS no município do Rio de Janeiro no período 2009-2016, se tornaram se traduziram em evidências, por exemplo, demonstrando reduções nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS), aumento no acesso à atenção especializada e a utilização de estratégias de monitoramento, avaliação e pagamento por performance para a indução de práticas assistenciais orientadas para os atributos da APS (PINTO et al., 2017; SANTOS et al., 2018; SORANZ; PINTO; CAMACHO, 2017).

Entretanto, a maioria dos casos de contaminados e de óbitos no país, concentrou-se, principalmente, em São Paulo e no Rio de Janeiro. O estado do Rio de Janeiro vem afadigando-se com escassez de recursos, número escasso de profissionais, carência de EPIs e de *kits* de teste de COVID. Além disso, o estado do Rio sofreu com o superfaturamento dos hospitais de campanha e a aquisição superfaturada de respiradores que não foram entregues (ARAUJO, 2020; SBMFC, 2021).

A crise no setor de saúde do município do Rio de Janeiro não iniciou na pandemia, mas promoveu a conjunção de fatores em nível local e nacional para alcançar o caminho atual (FERNANDES; ORTEGA, 2020). Até 2009, a Atenção Primária no município se concentrava nos centros municipais de saúde, que apresentavam modelo tradicional de atenção, baseado no atendimento feito por médicos de especialidades básicas, sem mecanismos consistentes de acesso e acompanhamento (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Entre 2008 e 2016, houve aumento expressivo no número de equipes de Saúde da Família no município, passando de 128 para 956 equipes. Há também evidências de melhoria no acesso à atenção primária e em indicadores de saúde relacionados a essa expansão, como por exemplo, a redução de internações por

condições sensíveis à atenção primária (PINTO; GIOVANELLA, 2018; FERNANDES; ORTEGA, 2020).

A partir de 2018, sob a gestão de Marcelo Crivella se inicia um período de crise envolvendo a gestão da saúde no município (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Entre os fatores contextuais em nível nacional relevantes à APS do MRJ, destacam-se o congelamento dos gastos da saúde via emenda constitucional, o risco de redução na transferência de recursos federais para o município pela mudança nos blocos de financiamento do SUS, bem como as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (MEDINA et al., 2020; MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019; REIS, 2020). Em nível municipal, alegando déficits orçamentários, se iniciou um padrão de atrasos nos repasses às OSS que perdurou, com períodos de estabilização, até 2020. A SMS-RJ (2018) argumentou a necessidade de redistribuição das equipes, de modo a alcançar a adequação financeira ao orçamento disponível. A proposta apresentou nova tipologia de equipes e alto número de usuários por equipe, com base na PNAB 2017 (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019; FERNANDES; ORTEGA, 2020).

A proposta de reorganização da APS no Rio de Janeiro, iniciada em 2018, foi formalizada em 2019, com o desligamento de profissionais da saúde e redução no número de equipes de Saúde da Família. Consequentemente, houve queda na cobertura populacional da ESF, de 62% em 2017 para 55% em 2019 (BRASIL, 2020). Além da redução na cobertura de atendimento, há sobrecarga das equipes e dos profissionais, agravando a redução do desempenho do sistema de saúde, interrompendo a centralidade da APS e estorvando a atenção hospitalar (O'DWYER et al, 2019).

Assim, é neste cenário de escassez de recursos e profissionais da saúde que a APS carioca em que a pandemia se instaura na cidade do Rio de Janeiro, em março de 2020 (ARAÚJO; MALLART; GAUDENZI, 2020). A reestruturação da APS realizada momentos antes do *boom* da pandemia, impactou o acesso ao sistema de saúde e o acompanhamento das condições de saúde da população, agravando ainda mais o cenário da pandemia. A escassez sazonal de trabalhadores da saúde - profissionais contaminados com COVID-19, agravando a dificuldade ao acesso (FEHN, 2020); diversos usuários do sistema de saúde, classificados dentro do grupo de risco para o contágio pelo coronavírus, optaram por se deslocar até as clínicas da família em busca de atendimento, sujeitando-se à possibilidade de contágio, visto

que as unidades de saúde são os principais pontos de transmissão (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

Dentro deste contexto, o déficit de profissionais mostrou-se dramático no contexto da pandemia, com o deslocamento dos profissionais da APS para hospitais de campanha, havendo grande desfalque por profissionais nas unidades locais. Os profissionais da saúde, por sua vez, encontraram-se em cenário desfavorável, desconhecido e repleto de limitações de recursos, frisando a falta de habilidades necessárias para o manejo clínico da COVID-19 (FEHN et al., 2020; FERNANDES; ORTEGA, 2020). A gestão do município do Rio de Janeiro também se mostrou pouco preparada para lidar com os desafios estabelecidos nos primeiros meses da pandemia, levando mais de dois meses para publicar normativas organizacionais para os serviços de APS. O documento determinou restrição de acesso para condições de saúde não urgentes, com exceção de grupos prioritários (ENGSTROM et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020b; REIS, 2020).

A OMS estima que cerca de 80 a 180 mil profissionais de saúde, morreram em decorrência da COVID-19 entre janeiro de 2020 e maio de 2021, em todo o mundo. Além da grande proporção de óbitos, os profissionais continuam a sofrer com esgotamento, estresse, ansiedade e fadiga. No Brasil, o estudo mostrou que, aproximadamente, 14 mil profissionais da saúde foram levados a óbito em decorrência da COVID-19, sendo um dos países com a maior taxa de morte de profissionais envolvidos no combate ao vírus, ficando atrás apenas de Estados Unidos, com 62 mil mortes, Rússia com 22 mil, e análogo ao Reino Unido, com 14 mil (WHO, 2020a).

A falta de enfrentamento unificado da pandemia, a má aplicação do orçamento público destinado à saúde e ao combate do novo coronavírus, somado a fatores políticos e a forte negação da existência e gravidade do vírus, ocasionou um cenário complexo, limitado e inferior ao esperado dos profissionais de saúde, ocasionando em altas taxas de contaminação entre as equipes de saúde e outros profissionais envolvidos no setor médico, se transformando em fator determinante para a alta relação de óbitos no decorrer das primeiras “ondas” da pandemia (GIOVANELLA et al., 2020b; MAIA; AGOSTINI; AZIZE, 2020).

Nesse cenário, há fragilização do profissional de saúde, causando a desassistência e precarizando o acompanhamento dos usuários da APS. A atenção aos usuários contaminados pelo coronavírus poderia ser mais humana com o auxílio

da APS, evitando o agravamento dos quadros. Considerando que populações com menor condição socioeconômica são mais suscetíveis a desenvolver doenças crônicas, aumentando o risco de mortalidade associada ao coronavírus, a dificuldade do acesso acentua a vulnerabilidade da população nesse período de crise (AHMED et al., 2020).

Diversos usuários da APS não possuem condições de seguir as orientações propostas pelo sistema de saúde para amenizar a transmissão e o contágio, como medidas de isolamento social e higiene adequada. A grande maioria da população, vive em comunidades com grande densidade populacional, em residências precárias e com pouco, ou nenhum, acesso à água potável e saneamento básico. Nesse sentido, indivíduos e comunidades que já conviviam em situação de vulnerabilidade antes da pandemia, encontram-se em conjuntura muito mais grave e complexa. A pandemia apenas expôs ainda mais a grave situação em que se encontra a Saúde no município do Rio de Janeiro (FERNÁNDEZ; ORTEGA, 2020).

3 MÉTODO

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo realizado entre os dias 18 e 20 de agosto de 2021.

3.1.1 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Área Programática (AP) 4.0 localizada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro. Esta região é composta por 19 bairros e corresponde a um território de 293,8 km², e conta com uma população total de 909.368 habitantes. A AP possui uma alta densidade populacional (3.095,37 habitantes/ km²) e a maior parte da população apresenta baixas condições socioeconômicas entremeadas por alguns bairros com alto padrão econômico de vida (RIOONWATCH, 2020).

No momento de realização do estudo, esta área contava com 98 equipes de

saúde da família, o que corresponde a 37% de cobertura por esse modelo. Essas equipes estão distribuídas em 27 unidades de saúde, sendo 17 USFs (modelo A com todo o território coberto pelas equipes de Saúde da Família) e 10 Centros Municipais de Saúde, denominados modelo B, onde somente parte do território é coberto por equipes de saúde da família. Não existem unidades tipo C, onde não há equipes de saúde da família, atuantes na área.

Caracterizando o território abordado no contexto desta pesquisa na qual foi estudada a percepção de profissionais de saúde sobre a implementação de um plano de contingência para o combate a Pandemia da COVID-19, a comunidade onde foi realizado o estudo é Rio das Pedras. Surgida no final da década de 60, Rio das Pedras é considerada uma comunidade vertical com diversas construções aglomeradas, lixo exposto a céu aberto, precariedade de saneamento básico e alto índice de vulnerabilidade social. Essa área programática foi escolhida como cenário desta pesquisa por ser uma área muito populosa e por apresentar indicadores da pandemia relacionados à assistência ao COVID-19 ainda preocupantes.

Localizada na Zona Oeste da capital fluminense, a comunidade de Rio das Pedras apresentada na **Figura 3**, segundo o último censo do IBGE de 2010, possui uma população de aproximadamente 63 mil moradores. Porém, segundo a Coordenadoria Geral dos Programas de Interesse Social/Coordenadoria de POUSO, Diagnóstico urbanístico e ambiental de setembro/2013, e os dados locais da Associação de Moradores registram que a população local estaria em torno de 140.000 habitantes, distribuídos em 40.000 moradias. (PCRJ; POUSO, 2020).

No complexo da comunidade está inserida a USF que, desde 12 de março de 2020, integra o Programa Saúde na Hora, sendo a primeira unidade do Município do Rio de Janeiro a funcionar com horário estendido até às 22 horas, facilitando o acesso à saúde da população, principalmente nesse momento de pandemia. Portaria Nº 397, DE 16 DE MARÇO DE 2020 - Dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2020c).

Figura 3 - Comunidade Rio das Pedras



Fonte: Google Imagens, 2018.

Estudos para rastreamento de COVID-19 realizados pela prefeitura do Rio de Janeiro em conjunto com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), identificaram que um em cada quatro moradores testaram positivo para o novo coronavírus. Com uma população com mais de 140.000 moradores, tal amostragem demonstra um equivalente a 35.000 pessoas contaminadas (SAIKI, 2020).

A comunidade participou das três (3) fases do Inquérito Sorológico do Município do RJ - testagem rápida para COVID-19 em comunidades, que objetivou identificar o percentual de infectados pelo coronavírus, estimar a disseminação da doença e o percentual de infectados assintomáticos dentro dessas localidades (BRASIL, 2020d).

Em julho de 2020, a unidade recebeu a visita dos representantes do Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde e Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, para oficializar a implantação e credenciamento como Centro de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19 de acordo com a Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020 (BRASIL, 2020d).

Tais ações possibilitaram a implementação de prática ordenadora do cuidado na APS frente à pandemia, com a criação do plano de contingência para o enfrentamento do COVID-19 na USF. Com fluxo específico de acolhimento para

pacientes com a identificação precoce dos casos leves e atendimento adequado das pessoas com Síndrome Gripal/COVID-19, separados dos demais pacientes, com a intenção de possibilitar segurança para o profissional realizando o atendimento, otimizando o uso do EPI e garantindo segurança aos pacientes atendidos.

3.1.2 Plano de Contingência nas USFs

A Prefeitura do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) lançou o plano de contenção a COVID-19 voltado para as unidades primárias de saúde, organizando a resposta ao surto em níveis de ativação de contingência. A **Tabela 3** apresenta os níveis e as medidas que deveriam ser tomadas.

De acordo com o plano, as unidades de saúde deveriam atender, prestar suporte e monitorar os casos leves, até mesmo os assintomáticos através de meios de comunicação. Acompanhar esses casos *via* telefone, mensagem ou meios virtuais são medidas fundamentais para a redução de sobrecarga de urgências, emergências e hospitais, que estão focados em receber os casos graves. A organização do sistema de atendimento é essencial para evitar deslocamentos desnecessários e sobrecarga ao sistema de saúde (RIO DE JANEIRO, 2020).

Tabela 3 - Plano de Resposta para APS – RJ: níveis de ativação da contingência

NÍVEIS DE ATIVAÇÃO DA CONTINGÊNCIA	EVENTO DISPARADOR
<i>Nível Zero</i>	Casos importados de COVID-19 notificados ou confirmados
<i>Nível I</i>	Transmissão nativa entre pessoas com vínculo epidemiológico.
<i>Nível II</i>	Transmissão sustentada de COVID-19 na região metropolitana
<i>Nível III</i>	Ações/atividades orientadas no nível II sendo insuficientes, resultando na incapacidade do SUS/APS de atender à demanda

Fonte: Adaptado do Plano de Contingência da Atenção Primária à Saúde para o coronavírus no Estado do Rio de Janeiro (2020).

A APS é fundamental na distribuição e disseminação de informação adequada e confiável sobre os meios de transmissão, sinais, sintomas e medidas de

proteção. Para promover maior controle e conhecimento sobre a situação viral nas comunidades, a Secretária Municipal de Saúde iniciou em junho/ 2020 um programa de testagem rápida para o novo coronavírus. O objetivo foi testar moradores de regiões em que houve alta disseminação do vírus para auxiliar e atualizar as medidas de prevenção adotadas no plano.

Segundo o Boletim Diário Oficial disponibilizado pelo Painel Unificador de COVID-19 nas favelas do Rio de Janeiro, a comunidade Rio das Pedras teve aproximadamente 262 casos confirmados, sendo 20 óbitos (COMCAT, 2021).

Considerando o cenário no período de implementação das medidas avaliadas neste estudo, a prática diária das unidades de saúde, com a rápida disseminação da COVID-19 e com poucos recursos hospitalares e conhecimento científico consistente sobre a ação do vírus, isso gerou insegurança para os pacientes e, principalmente, para os profissionais que estão na linha de frente de atendimento, desde os casos de suspeita da síndrome gripal da COVID-19, agravados pela defasagem de EPIs de nível internacional e uma quantidade de descobertas ainda em processo, como as mutações, e suas gravidades.

Desta forma, tornou-se de vital importância uma efetiva resposta de combate à pandemia. A instituição responsável pelas ações deveria por meios de todos os recursos disponíveis, instruir e nortear as linhas de enfrentamento na unidade de saúde executante, quanto às responsabilidades, ao fluxo de entrada e seguimentos no atendimento, assim como as ações de prevenção, manejo clínico, monitoramento, vigilância e proteção ao profissional, exigida pela situação de lidar com o coronavírus - SARS-CoV-2, mantendo as atividades de rotina, de atendimento a outras demandas, sem prejuízo no atendimento aos pacientes de acompanhamento contínuo, crônicos, as atividades imunização, serviços de distribuição de medicamentos e outras atividades (RIO DE JANEIRO, 2020; .2021)

De acordo com Cabral *et. al.* (2020), recentemente foram impostos novos desafios ao SUS, especialmente no que se refere à restrição orçamentária em todos os níveis de atenção. De maneira específica, o impacto da mudança no financiamento da APS, tem gerado maior sobrecarga à rede de atenção à saúde, que já vive em um panorama marcado por instabilidade e precarização das relações de trabalho. É essencial defender que a APS seja foco de atenção para alocação eficiente e efetiva dos recursos de saúde, com objetivo de otimizar os gastos do sistema e organizar fluxos de pacientes entre distintos serviços de saúde, com vistas

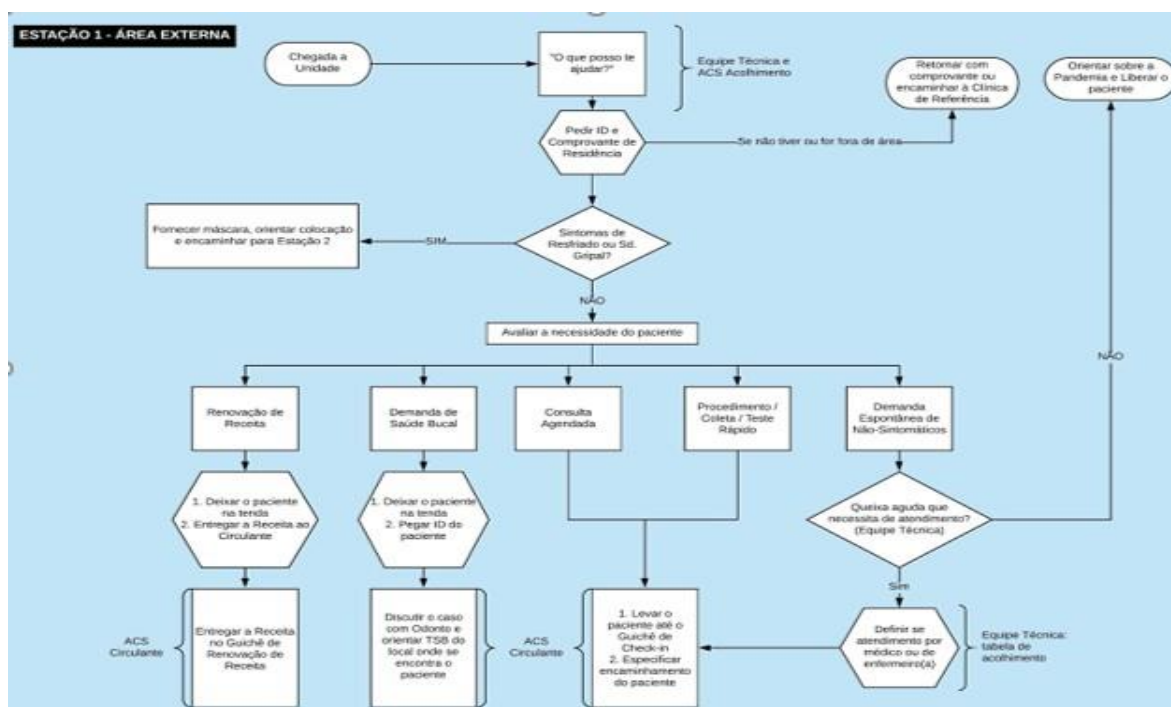
à redução das internações hospitalares decorrentes tanto da infecção por coronavírus, quanto das condições sensíveis à atenção primária em saúde.

Assim, foi essencial a criação de um plano local de enfrentamento da epidemia, que levou em conta a capacidade instalada dos serviços, frente a possível demanda crescente e iminente por atenção à saúde. Com a APS e os demais níveis de atenção integrados em uma lógica de cuidado longitudinal e em rede, o país e a população enfrentariam um menor impacto negativo decorrente da pandemia em curso.

3.1.3 Fluxo do Plano de Contingência na USF

A estratégia adotada dentro da unidade de saúde da família estudada foi de setorizar a unidade. Primeiramente, organizar o setor externo, apresentando no **Fluxograma 1** a estruturação da parte externa da USF, demonstrada pela Figura 4. Após a etapa de triagem na parte externa da USF, os **Fluxogramas 2 e 3** demonstram as medidas adotadas para setorizar a parte interna da unidade.

Fluxograma 1 - Representação da área externa para abordagem na unidade



Fonte: Plano de Contingência para enfrentamento da COVID-19 – Clínica HBV. (DA SILVA; RIBEIRO; MAFRA, 2021)

Figura 4 - Área externa com tenda para espera, sinalizada e respeitando distanciamento social

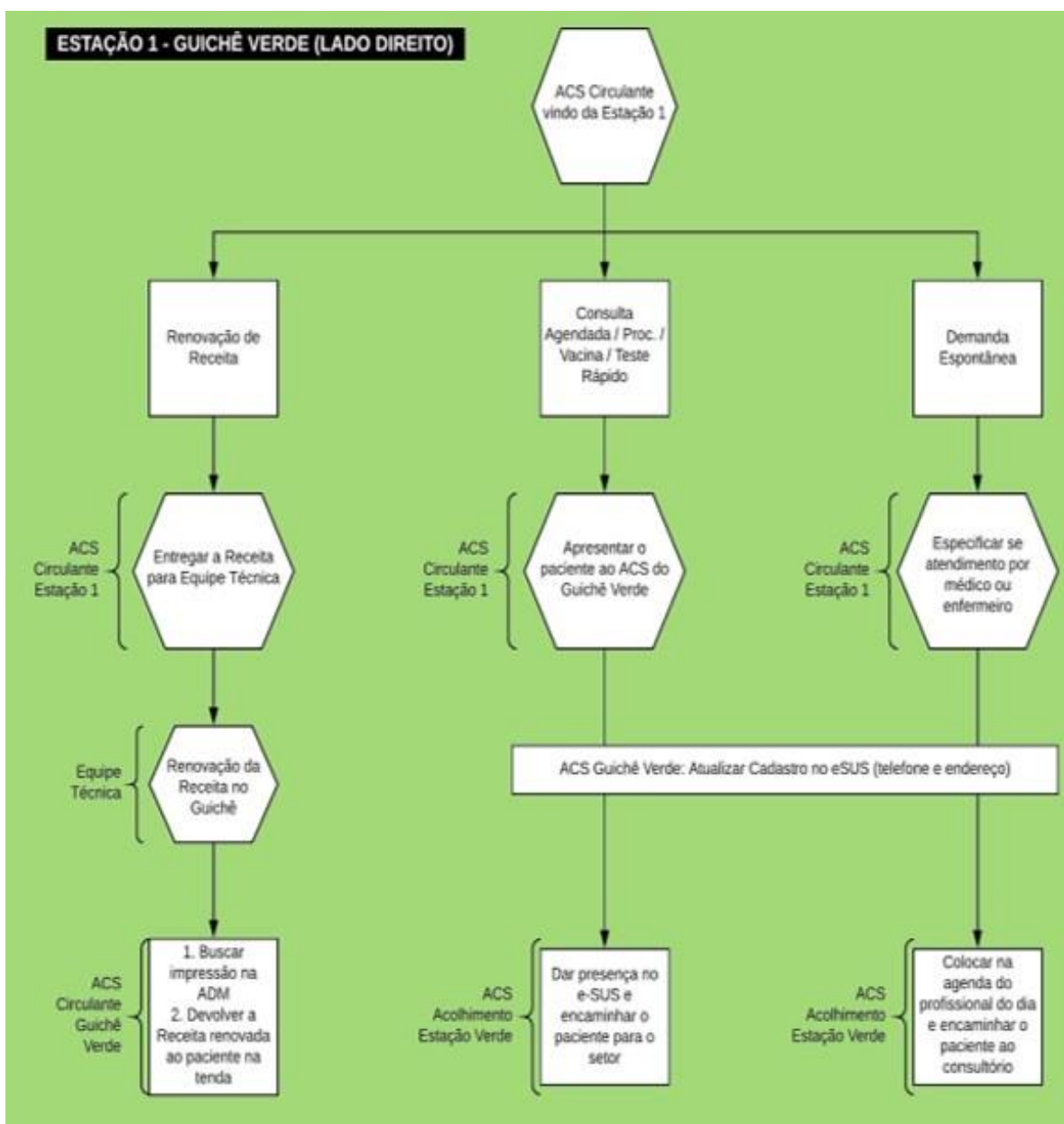


A setorização da unidade foi dividida em estações, permitindo elaborar um método de escala entre os profissionais, conforme apresentado a seguir:

- Estação 1: Acolhimento;
- Estação 2: Escuta Inicial;
- Estação 3: Avaliação/Exame Físico;
- Estação 4: Observação/Estabilização.

De tal forma, representado pela Figura 5A, o lado esquerdo possui identificação visual no piso com setas na cor vermelha e isolamento das áreas de transição, para uso exclusivo de paciente com suspeita de síndrome gripal/ COVID-19, formando a equipe de resposta rápida (ERR), composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Fluxograma 2 - Representação da parte interna – Lado Verde



Fluxograma 3 - Representação da parte interna – Lado Vermelho

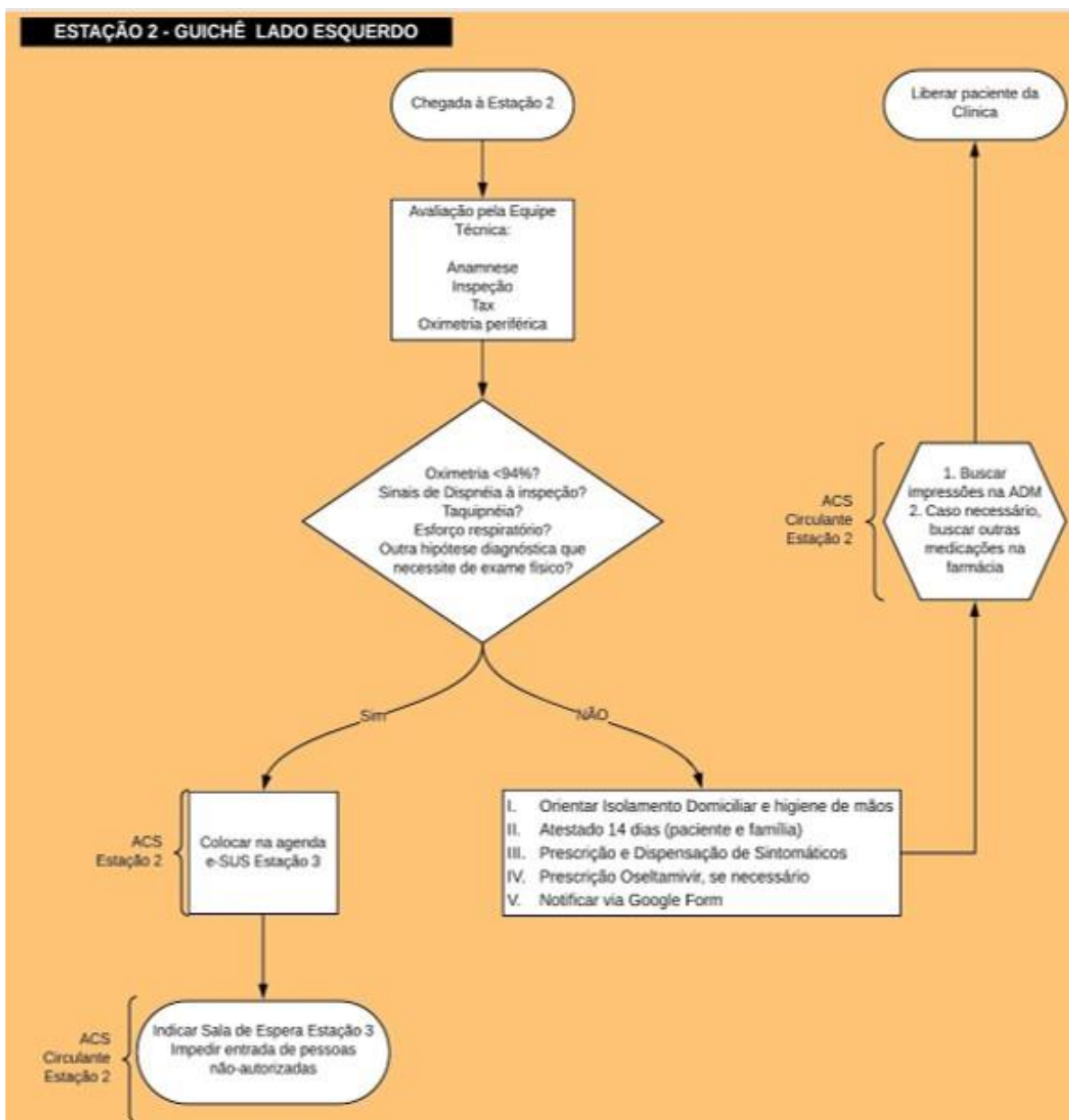
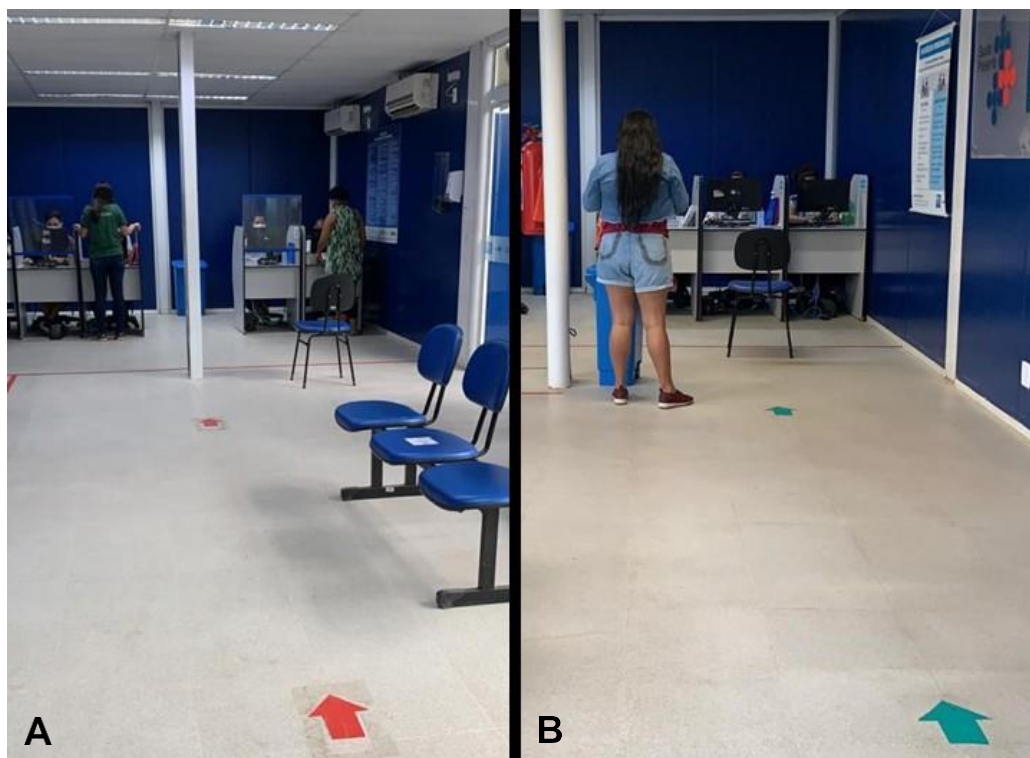


Figura 5 - (A) Área sinalizada com setas vermelhas destinada a acolhimento de pacientes com sintomas respiratórios. **(B)** Área sinalizada com setas verdes destinada a paciente sem sintomas respiratórios



Ao lado direito da unidade, sinalizado com setas verdes (Figura 5B) no piso, todos os outros serviços foram preservados de forma segura, trazendo segurança na atuação profissional visto que esses pacientes apresentavam outras demandas que não eram sintomas sugestivos de síndrome gripal ou COVID-19.

As figuras 6 e 7, representam a parte interna da unidade, respectivamente, sobre a recepção dos pacientes com sintomas gripais/ COVID-19 (lado vermelho) e o setor destinado a esses pacientes.

Figura 6 - Recepção de pacientes com sintomas gripais/ COVID-19, sinalizados com fitas vermelhas



Figura 7 - Corredor sinalizado com setas vermelhas destinado a paciente com suspeita de síndrome gripal



Desta forma, os objetivos do Plano de Contingência foram:

- a. Orientar os profissionais e a comunidade da clínica da família, para manutenção de um ambiente institucional seguro e saudável no contexto da COVID-19;
- b. Estabelecer procedimentos para manutenção das atividades essenciais da instituição na possibilidade de interrupção compulsória das atividades presenciais na unidade de saúde, eventualmente determinadas pelas autoridades de saúde do país para a contenção pelo SARS-CoV-2. Contribuir com as medidas de prevenção, contenção e mitigação instituídas pelas autoridades sanitárias nos diversos estados e municípios;

A continuidade do cuidado para os pacientes de acompanhamento crônicos, como diabetes e hipertensão, atendimento ao pré-natal, puericultura, acompanhamento dos pacientes em tratamento de tuberculose entre outras demandas;

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A população de estudo foi composta por uma amostra de profissionais de saúde que atuaram no atendimento de linha de frente a pacientes com suspeita de COVID-19 e participaram, desde o início (março/ 2020) da implementação do plano de contingência na USF.

Havia um total de 110 profissionais de saúde lotados nesta USF e 94 atendiam aos critérios de elegibilidade. Entre estes 94 profissionais, estavam incluídos: 26 médicos, 18 enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem e 37 agentes comunitários de saúde.

Neste estudo, foram entrevistados 20 profissionais, abrangendo 05 profissionais em cada uma das 4 categorias listadas anteriormente (n=20). A amostra foi definida intencionalmente buscando contemplar a diversidade dos diferentes grupos profissionais. As entrevistas foram realizadas entre os dias 18 e 20 de agosto de 2021.

Foram excluídos da amostra os profissionais que não estavam presencialmente na USF no momento do estudo, seja realizando atividades de monitoramento remoto ou estavam em férias, licença e/ou afastamento médico no

momento da entrevista.

O fechamento do tamanho amostral se deu pela técnica de saturação de sentidos, estratégia utilizada para estabelecer o tamanho final de uma amostra, interrompendo a captação de novos componentes quando a continuação da coleta de dados não traz mais esclarecimentos para o objeto estudado (FONTANELLA, 2011; MINAYO, 2017).

3.2.1 Recrutamento e Execução

A direção da USF apoiou a realização do estudo, assinando uma carta de anuência com a aprovação do mesmo e informou sobre a pesquisa aos profissionais na reunião mensal da equipe.

O convite para participar foi realizado presencialmente aos profissionais elegíveis pelas entrevistadoras. A equipe de entrevistadoras foi formada por 05 alunas internas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), previamente treinadas pela pesquisadora principal. As internas já realizavam estágio na USF e possuíam conhecimento amplo sobre a dinâmica e o fluxo dos protocolos de segurança preconizados (lavagem das mãos e/ou uso de álcool gel, uso de EPI e distanciamento), evitando assim os riscos de contaminação/transmissão do vírus da COVID-19. Àqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi apresentado e explicado o TCLE. A partir da leitura, aceite e assinatura do TCLE, as entrevistas foram agendadas. Foram realizadas de forma individual, presencial, no próprio turno e local de trabalho, no dia e hora previamente agendados por, preferencialmente no período da manhã, antes do atendimento à população ou ao final do turno, sem prejuízo das atividades laborais.

A duração da entrevista foi em média de 20 a 30 minutos, levando em consideração a disponibilidade de cada entrevistado. Não houve limitações quanto à duração da entrevista e cada participante teve o tempo necessário para detalhar suas percepções.

As entrevistas foram realizadas em ambiente aberto, garantido privacidade e espaço acolhedor aos participantes, sem a possibilidade de interferência dos demais funcionários da unidade. A equipe de pesquisa foi inteiramente cadastrada na plataforma Brasil.

3.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS ESTUDADAS

O instrumento para coleta de dados (**ANEXO A**) foi composto por um questionário semiestruturado e um roteiro aberto. O questionário continha perguntas sobre variáveis sociodemográficas (sexo, idade, profissão, raça, escolaridade) e características profissionais (função e tempo de atuação na USF). O roteiro abarca questões acerca da percepção dos profissionais sobre o plano de contingência implementado na unidade de saúde para o enfrentamento à COVID-19. Foi realizado um teste piloto com o instrumento para identificar possíveis necessidades de adequações no entendimento e na estrutura do questionário.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

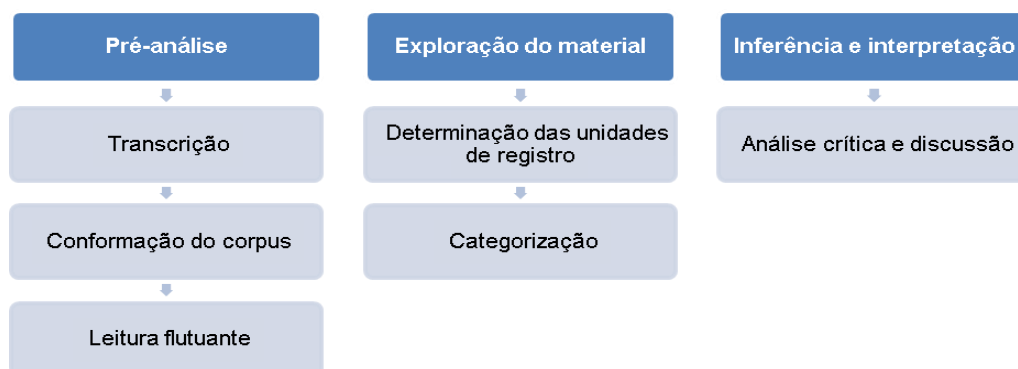
Os dados sociodemográficos e as características profissionais foram organizados em planilha do Excel® versão 2000 e as distribuições de frequência das variáveis foram calculadas para descrever as características da população pesquisada.

Os áudios foram gravados utilizando o aplicativo gravador da Apple IOs. Todo material produzido durante as entrevistas foi salvo e armazenado em “hard-drives” – HDs com acesso por senha, não sendo veiculados em nenhuma rede social ou distribuído de alguma forma em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

As entrevistas gravadas foram transcritas e agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias, interpretadas pela técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2010). O **Fluxograma 4** apresenta o planejamento que foi seguido na análise de dados.

Fazer uma análise temática é descortinar o núcleo dos sentidos das falas onde o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado. Na busca dos significados manifestos e latentes do material qualitativo, a análise temática foi a opção deste estudo por ser categorizada através de uma palavra, uma frase (BARDIN, 2010).

Fluxograma 4 - Representação da análise de dados



A análise temática se desdobrou em três fases. A primeira fase consistiu na realização das entrevistas, na qual foi sucedida pela transcrição das entrevistas e a organização de todo o material de pesquisa incluindo os questionários estruturados, os roteiros e os relatos das percepções. A segunda fase consistiu na exploração do material coletado no campo por meio de leitura flutuante e exaustiva do material. A terceira e última fase da análise, foi buscar a compreensão das vivências relatadas (MINAYO, 2013).

As 20 entrevistas foram agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias, interpretadas pela técnica de análise de conteúdo (OLIVEIRA, 2008), nos seguintes eixos: 1- serviço e demanda; 2- composição e trabalho em equipe; e 3- entendimento acerca do plano. Os dados obtidos foram, então, divididos em 4 categorias principais que abrangeram os principais assuntos relatados, assim divididos:

Categoria 01 - Plano de contingência e organização dos serviços e fluxos na USF.

Categoria 02 - Implementação do plano e demanda espontânea, programada e linhas de cuidados prioritárias.

Categoria 03 - Implementação do plano e equipe.

Categoria 04 - Implementação do plano, equipamentos e materiais.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

O presente protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFF e Secretaria Municipal de Saúde – SMS/ RJ. A pesquisa foi **aprovada** pelo CEP da UFF (46282921. 9. 0000.5243) e pelo da SMS/ RJ (46282921.9.3001.5279).

Os participantes do estudo foram convidados presencialmente a participar da pesquisa e foi apresentado o TCLE. A partir da leitura, aceite e assinatura do TCLE, as entrevistas foram agendadas.

Os dados coletados e o seu armazenamento são de responsabilidade do pesquisador responsável, assim como a garantia do sigilo e da confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa. Todo o material será guardado por cinco (05) anos e posteriormente, incinerado ou deletado.

Os riscos referentes ao projeto envolveram a possibilidade de o participante interromper a entrevista individual face a face a qualquer momento, caso sentisse algum desconforto emocional/físico, sem acarretar qualquer prejuízo ao mesmo. As entrevistas foram realizadas em ambiente aberto, garantindo privacidade, espaço acolhedor e distanciamento dos participantes e demais funcionários da USF.

Além disso, as entrevistas foram realizadas na própria USF, no turno e local de trabalho dos entrevistados, em dia e hora previamente agendados com os entrevistadores, não acarretando necessidade de deslocamento extra apenas para a participação na mesma.

A equipe de entrevistadores já realizava estágio na USF e possuía conhecimento amplo sobre a dinâmica e o fluxo dos protocolos de segurança preconizados (lavagem das mãos e/ou uso de álcool gel, uso de EPI e distanciamento), para evitar os riscos de contaminação/transmissão do vírus da COVID-19 entre entrevistadores e participantes durante a realização das entrevistas.

Tanto os profissionais de saúde, quanto as entrevistadoras estavam vacinadas com as duas doses contra a COVID-19 (Vacina CoronaVac/Butantan) no momento de realização coleta dos dados e entrevistas.

Em qualquer pesquisa com coleta de dados pessoais pode haver quebra do sigilo das informações prestadas e, para evitar que isso ocorra, foi criada uma codificação dos questionários aplicados, além disso, o computador, que armazena os dados da pesquisa, possui senha pessoal e intransferível. As possíveis

publicações a serem realizadas não mencionaram o nome ou qualquer informação que identifique os participantes.

De modo geral, não houve benefício direto para o participante da pesquisa. O principal benefício deste estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à assistência dos serviços de saúde para a comunidade. Ainda, possivelmente, houve benefício indireto aos profissionais participantes, pois os resultados da pesquisa contribuem para um melhor entendimento sobre a percepção com a implementação do plano de contingência no enfrentamento da COVID-19 em uma USF, auxiliando a gestão na tomada de decisões sobre processos de trabalho no combate à pandemia na atenção primária em saúde.

Os resultados obtidos com o estudo, serão divulgados e discutidos com a comunidade da USF, a comunidade acadêmica da UFF/UFRJ e em eventos científicos.

3.6 QUESTÃO FINANCEIRA

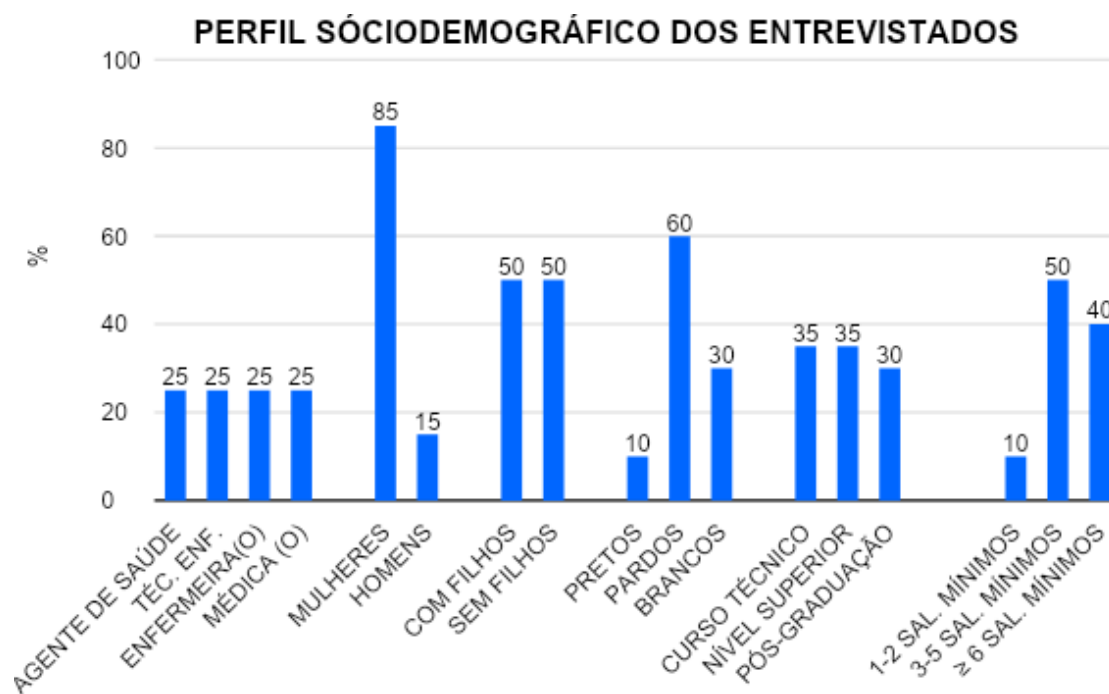
A pesquisa foi desenvolvida com recursos próprios da investigadora principal.

4 RESULTADOS

O protocolo da investigação original seguiu uma metodologia de recolhimento de dados abrangendo dados sociodemográficos dos entrevistados e análise qualitativa dos questionários semiestruturados.

O grupo amostral (n=20) foi composto por proporções equivalentes das 4 categorias profissionais estipuladas (5 profissionais por categoria- 25% do total entrevistado) e majoritariamente por mulheres (85%). Dentre os respondentes, verificou-se que 10% se declaram pretos, 60% pardos e 30% brancos; metade possuía filhos, 10% vivia com uma renda de 1-2 salários mínimos e 40% viviam com uma renda igual ou superior a 6 salários mínimos. Em relação à escolaridade, 75% dos profissionais possuíam nível superior ou pós-graduação (**Figura 8**).

Figura 8 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados. Dados expressos em porcentagem (n=20)



A saturação de frequência dos enunciados foi constatada como tendo ocorrido na nona entrevista (**Anexo D**).

Após a obtenção das entrevistas, efetuou-se interpretação compreensiva das informações recolhidas e análise sistemática dos dados qualitativos. As informações obtidas foram, então, analisadas e divididas em 4 categorias principais que abrangeram os principais assuntos abordados nas entrevistas, e estas categorias foram subdivididas em 15 subcategorias (unidades de significação) (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Categorias e subcategorias estabelecidas na Análise de Conteúdo das entrevistas efetuadas aos profissionais de saúde da USF

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS (unidades de significação)
Plano de contingência e organização dos serviços e fluxos na USF	Mudanças na organização dos serviços após implementação do plano.
	Contribuição da setorização entre sintomático e não sintomático no fluxo de serviço na unidade
	Minimização dos riscos de contaminação por COVID para os pacientes da linha de cuidado prioritários.
	Avaliação da criação da equipe de resposta rápida.
	Avaliação do modo de organização da estrutura física da clínica para sintomáticos.
	Contribuição do plano de contingência para o serviço.
	Limitação da implementação do plano de contingência.
Implementação do plano e demanda espontânea, programada e linhas de cuidados prioritárias	Alteração no atendimento das linhas de cuidados prioritários após a implementação do plano.
	Alteração no atendimento dos pacientes não sintomáticos após a implementação do plano.

Implementação do plano e equipe.	Mudanças na composição da equipe durante ou após a implementação do plano.
	Mudanças provocadas pela pandemia no trabalho em equipe.
	Problemas de comunicação internos após a implementação do plano.
Implementação do plano, equipamentos e materiais.	Oferta de material (termômetro, oxímetro de pulso, medicamento) em quantidade suficiente para atendimento dos pacientes após o plano.
	Fluxo de recebimento de EPIs após o início da pandemia.
	Oferta de treinamento para o uso de EPIs após o plano.

As relações percentuais entre as unidades de registro definidas e as categorias também foram demonstradas (**Anexo E**).

A primeira categoria informativa, *Plano de contingência e organização dos serviços e fluxos na USF*, constitui-se de sete subcategorias: 1) Mudanças na organização dos serviços após implementação do plano; 2) Contribuição setorização entre sintomático e não sintomático no fluxo do serviço na unidade; 3) Minimização dos riscos de contaminação por COVID para os pacientes da linha de cuidado prioritários; 4) Avaliação da criação da equipe de resposta rápida; 5) Avaliação do modo de organização da estrutura física da clínica para sintomáticos; 6) Contribuição do plano de contingência para o serviço; e 7) Limitação da implementação do plano de contingência.

Esta categoria teve como foco principal a percepção dos entrevistados às alterações decorrentes da implementação do plano de contingência na dinâmica de atendimento na USF e seus efeitos na prestação de serviços, risco de contaminação de pacientes e funcionários, bem como a criação de equipe de resposta rápida ao enfrentamento da COVID-19. Cerca de 52,5% dos registros obtidos foram agrupados na categoria 1, conforme tabela 5.

Tabela 5 – Falas dos profissionais agrupadas pela categoria Plano de contingência e organização dos serviços e fluxos na USF

<p style="text-align: center;">1. CATEGORIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Plano de contingência e organização dos serviços e fluxos na USF</p> </div> <p style="text-align: center;">SUBCATEGORIAS</p>	<p>Falas dos profissionais</p>
<p>Mudanças na organização dos serviços após implementação do plano.</p>	<p><i>“No primeiro momento a gente conseguiu, né, restringir o número de pessoas da unidade, (...) a gente explicava que as consultas marcadas estavam suspensas, que as demandas livres eram o foco dos sintomas respiratórios e a população entendia.” (E0201)</i></p> <p><i>“(...) restringir muito o número de atendimentos, (...) a gente só atendia pacientes que precisavam de atendimento no dia, (...) em relação às outras ofertas da clínica a gente continuou ofertando, (...) procedimento a gente reduziu bastante também.” (E0205)</i></p> <p><i>“É, reduziram alguns procedimentos, (...)” (E0302)</i></p> <p><i>“(...) sim os nossos atendimentos foram gradualmente reduzidos, (...) não foram totalmente cancelados, a gente nunca deixou de ofertar o serviço do qual a gente era acostumado a ofertar. A gente só teve que readequar o nosso processo de trabalho, (...) mas não deixamos de ofertar os serviços.” (E 0304)</i></p>

	<p><i>(...) Então se for ver no início quando não tinha pandemia era uma unidade praticamente toda para atendimento normal da população. Na pandemia aí teve que resolver algumas mudanças mesmo pra poder organizar esse fluxo né? (E0404)</i></p>
<p>Contribuição da setorização entre sintomático e não sintomático no fluxo de serviço na unidade</p>	<p><i>“Sim e é importante a gente ter essa questão de separar o que que é o fluxo de sintomáticos gripal e o que não é, (...) mas eu ainda acho que é o mais sensato. Durante a pandemia foi realmente ter essa questão de divisão e não parar o atendimento porque a gente não parou o atendimento e também isso foi muito bom.” (E0101)</i></p> <p><i>“Com certeza! Contribuiu para organização e até pela segurança dos pacientes e dos profissionais.” (E0104)</i></p> <p><i>“Sim e eu acho que esse fluxo, se não tivesse, a gente ficaria perdido no nosso processo de trabalho.” (E0201)</i></p> <p><i>“Contribuiu, (...) ajudou porque até questão de contaminação porque realmente quem tava com covid, não tava ali misturado com outras pessoas que estavam esperando, com uma dor na coluna.” (E 0401)</i></p> <p><i>“Com certeza, principalmente para evitar a exposição dos pacientes não-sintomáticos e dos profissionais.” (E 0402)</i></p> <p><i>“Com certeza acho que fez bastante diferença essa organização, (...) Então acho</i></p>

	<p><i>que a organização fez toda a diferença pra gente não ter mais casos de funcionários doentes, né.’ (E0501)</i></p>
<p>Minimização dos riscos de contaminação por COVID para os pacientes da linha de cuidado prioritários.</p>	<p><i>“Muito, contribuiu muito, (...) também agiu como segurança do paciente e segurança da equipe frente a esses casos.’(E0205)</i></p> <p><i>“O fato da gente conseguir setorizar, se tornar sintomático fez com que a gente tivesse um espaço para permanecer funcionando minimamente com a oferta nos outros serviços. (...) Então o fato de ter sido setorizado contribuiu muito pro nosso processo de trabalho, (...)trabalhar de maneira organizada.” (E 0304)</i></p> <p><i>“Com certeza, principalmente para evitar a exposição dos pacientes não-sintomáticos e dos profissionais.” (E 0402)</i></p> <p><i>“Foram minimizados sim porque os sintomáticos ficam exatamente num setor isolado numa parte isolada não tendo contato com os outros pacientes. Então assim na minha no meu ponto de vista, os riscos foram realmente minimizados né?” (E0504)</i></p>
<p>Avaliação da criação da equipe de resposta rápida.</p>	<p><i>“Sim, é um papel fundamental. Eles fizeram muita diferença(...) (E0201)</i></p> <p><i>“Contribuiu muito só de ter uma equipe específica pro atendimento, um setor isolado, um setor separado dos demais contribui muito, inclusive pra nossa tranquilidade (...) (E0202)</i></p>

	<p><i>“Sem dúvida é foi um serviço de extrema necessidade (...)” (E0504).</i></p>
<p>Avaliação do modo de organização da estrutura física da clínica para sintomáticos.</p>	<p><i>“Dá uma sensação de segurança. Eu acho que tem que haver essa separação.” (...) Sim, pra gente continuar funcionando, acho que sim, né. É necessário, foi necessário, continua sendo necessário o plano de contingência para poder manter as normas, manter o mínimo de contágio, manter o mínimo de aglomeração em si, também manter o mínimo de contágio, porque controle em si a gente não consegue ter o tempo todo, não existe, a gente tenta de todas as formas, mas a gente também não pode deixar de assistir o paciente.” (E0101)</i></p> <p><i>“Paciente sintomático não precisa percorrer um percurso onde ele não é sintomático, facilita muito. (...) Então, esse ajuste, essa alteração de localização, essa separação foi fundamental (...) “Sim, com certeza.” (E0202)</i></p> <p><i>“(...) é hoje a gente tem um direcionamento melhor, um esclarecimento que é uma doença, o que que não é, o qual, como estruturar uma unidade de saúde(...)” (E0303)</i></p>
<p>Contribuição do plano de contingência para o serviço.</p>	<p><i>“(...) contribuiu, claro, com certeza. Melhorou os atendimentos da unidade, né? Trouxe mais conforto pra gente que é profissional também, que tá em setores separados do COVID (...) você sente mais um conforto de estar mais protegido mesmo.” (E0404)</i></p>

Limitação da implementação do plano de contingência.	
--	--

No que concerne à subcategoria “Mudanças na organização dos serviços após implementação do plano” existe a referência à mudança que teve que ocorrer nos atendimentos e o processo de adaptação ao longo do tempo.

Em relação à subcategoria “Contribuição setorização entre sintomático e não sintomático no fluxo do serviço na unidade”, todos os entrevistados contribuíram com suas percepções acerca da importância da setorização.

A subcategoria “Minimização dos riscos de contaminação por COVID para os pacientes da linha de cuidado prioritários” está diretamente atrelada ao item anterior, pois é uma resultante da setorização entre sintomáticos e não sintomáticos.

A subcategoria “Avaliação da criação da equipe de resposta rápida” também teve percepção positiva pelos 20 entrevistados, a maioria cita a importância de ter uma equipe específica para o atendimento dos sintomáticos, gerando benefícios no contexto em que ocorrem restrições estruturais. Dessa forma a outra parte da equipe, dedica-se ao atendimento dos outros casos.

As subcategorias “Avaliação do modo de organização da estrutura física da clínica para sintomáticos” e “Contribuição do plano de contingência para o serviço” também contou com avaliações identificaram uma perspectiva de melhora no fluxo de atendimento da USF, e semelhanças na experimentação das rotinas no dia a dia.

A subcategoria “Limitação da implementação do plano de contingência” teve notações de apenas 6 entrevistados, mas com contribuições variáveis uma vez que se relacionam com experiências e impressões pessoais. Os demais, não opinaram sobre o ou relataram que já tinham falado o suficiente sobre o tema.

A segunda categoria informativa, Implementação do plano e demanda espontânea, programada e linhas de cuidados prioritárias, essencialmente avaliou os efeitos da implementação do plano de contingência nos atendimentos prioritários da USF (pré-natal, puericultura, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase) e de demanda espontânea aguda (não sintomáticos gripais/ COVID-19) e constituiu-se de duas subcategorias: 1) Alteração no atendimento as linhas de cuidados prioritários após a implementação do plano; e 2) Alteração no atendimento dos pacientes não sintomáticos após a implementação do plano. Em torno de 9,3 % dos registros obtidos foram agrupados na categoria 2, conforme tabela 6.

Tabela 6 - Falas dos profissionais agrupadas pela categoria Implementação do plano e demanda espontânea, programada e linhas de cuidados prioritárias

<p style="text-align: center;">2. CATEGORIA</p> <p style="text-align: center;">Implementação do plano e demanda espontânea, programada e linhas de cuidados prioritárias</p>	<p style="text-align: center;">Falas dos profissionais</p>
<p style="text-align: center;">SUBCATEGORIAS</p>	
<p>Alteração no atendimento as linhas de cuidados prioritários após a implementação do plano</p>	<p><i>“Teve em relação ao acompanhamento de hipertensão e diabetes. (...) Mas as outras linhas de cuidados a gente não deixou de assistir em nenhum momento, principalmente gestante, TB,(...) acompanhamento de puericultura, a gente reduzir um pouco pra assistir mais as crianças até um ano, (...) gestante, puericultura, TB, hanseníase, a gente sempre, nós continuamos sempre acolhendo, marcando consulta. Esse era o tipo de linha de cuidado que a gente não deixava de lado, não deixava.” (E0101)</i></p> <p><i>“Não, nesse aspecto eu creio que eles continuaram direitinho. A gente atendia todos, gestante, estava colhendo o exame, paciente de Hansen também, se teve alteração foi mínima na linha de cuidado prioritário.” (E0102)</i></p> <p><i>“Não, eu acho que a gente atuou muito para preservar todas as linhas né.(...) Para hipertensos e diabéticos a gente teve que diminuir, (...) mas enquanto atendimento as linhas de cuidado permaneceram sendo assistidas.” (E0103)</i></p>

	<p><i>“Hipertenso e diabético foi uma coisa bem difícil, (...) a maioria ficou desacompanhado.” (E0104)</i></p> <p><i>“Não, para hipertenso e para o diabético é ficou um pouco mais difícil, (...) o resto da linha de cuidado, (...) a gente conseguia absorver.” (E0201)</i></p>
<p>Alteração no atendimento dos pacientes não sintomáticos após a implementação do plano</p>	<p><i>“Então de uma forma diferente do que as pessoas estavam habituadas eu acho que a gente conseguiu sim manter esse acolhimento porque não tem como mandar essa pessoa para outro local não tem como ela ser atendida em lugares que já estavam saturados com pessoas internadas mesmo sem ser o local correto pra internação né?” (E0501)</i></p>

Essas subcategorias se inter-relacionam e tiveram depoimentos divergentes em alguns aspectos, onde profissionais relataram não haver tido nenhum tipo de alteração no atendimento de pacientes prioritários ou não sintomáticos, bem como os que relataram mudanças significativas sim, especialmente no início da implementação do plano de contingência, destacando-se em relação à algumas categorias prioritárias de atendimento e exceções, e avaliam muito positivamente a manutenção dos cuidados aos não sintomáticos e à rotina da USF.

A terceira categoria informativa, Implementação do plano e equipe visou obter dados quanto à percepção dos profissionais com relação à possíveis mudanças na equipe e dinâmica de atuação como alteração no número de profissionais, contratação de novos colaboradores para complementação e/ ou substituição de profissionais, se houve afastamentos, bem como foi feita a comunicação interna durante a implementação do plano. Esta categoria constitui-se de três subcategorias: 1) Mudanças na composição da equipe durante ou após a implementação do plano; 2) Mudanças provocadas pela pandemia no trabalho em equipe; e 3) Problemas de comunicação internos após a implementação do plano.

Esta categoria agrupou cerca de 12,3 % dos registros obtidos nos depoimentos (Tabela 7).

Tabela 7 - Falas dos profissionais agrupadas pela categoria Implementação do plano e equipe

3. CATEGORIA	
Implementação do plano e equipe	Falas dos profissionais
SUBCATEGORIAS	
Mudanças na composição da equipe durante ou após a implementação do plano.	<p><i>“Então eu acho que não teve mudança não. Na equipe não.” (...) acho que não interferiu no trabalho de equipe, interferiu no modo em geral, né. Na clínica geral, mas na equipe em si, acho que não.” (E0101)</i></p> <p><i>“Não, não acredito que tenha havido mudança na composição da equipe” (E0202)</i></p> <p><i>“Então, na composição, não. (E0401).</i></p>
Mudanças provocadas pela pandemia no trabalho em equipe.	<p><i>“Ah então, no trabalho em equipe sim, a gente acabou se reorganizando pra esse plano de contingência, né? E cada dia você tava no local da escala. (...), a equipe sim, mudou de organização. (E0205)</i></p>
Problemas de comunicação internos após a implementação do plano.	<p><i>A pandemia, trouxe muito estresse, né? Muito estresse em relação a tudo, a convivência das pessoas. (...) Porque fica muito a questão da pessoa, tipo assim, aí eu acho que não deveria. Ah, eu acho que deveria. (E0101)</i></p> <p><i>“Não, eu acho que sempre foi tudo muito aberto, eu sempre a gerência conversava com todo mundo e sempre conversava o que achava melhor, o que que não achava e</i></p>

tentava de um jeito, se não desse, tentava de outro, acho que acho que não.” (E0204)

“Eu não me lembro de ter dado assim conflito importante não, talvez uma um conflito ou outro assim, eu acho que a maior dificuldade da nossa equipe é a dificuldade de comunicação. É uma equipe muito grande, né? (...) porque é difícil reunir todo mundo e o WhatsApp tem aquela coisa da de você interpretar o que tá escrito no WhatsApp, né? De você entender uma coisa e a outra. Então, se houve algum ruído, eu acho que foi pequeno, não foi nenhum ruído que causasse uma repercussão maior e foi por dificuldade de comunicação e entendimento da equipe. (E0205)

“Sim, é sempre difícil a comunicação, a gente é uma unidade muito grande, pessoas com muita opinião, então às vezes ficava difícil.” (E0402).

“Não na verdade eu acho que até hoje ainda tem né? É muito complicado quando você trabalha com muita gente. Principalmente quando cada um quer fazer do seu jeito né? E aqui a gente vê muito isso. Tem a forma de trabalho. Cada um trabalha de um jeito.” (E0503)

“É sempre existe né (...) Existe muito atrito entre categorias, até mesmo na mesma categoria. (...) Ah acho eu acho que que como nós trabalhamos em equipe eu acho que todo mundo tem que se ajudar e aí às

	<p><i>vezes a gente a gente percebe que tem um colega de trabalho que não tá colaborando, e aí você acaba se sentindo muito sobrecarregado.” (E0504)</i></p>
--	--

Nesta categoria, apenas 7 profissionais relataram ter havido algum tipo de mudança na composição da equipe, mas a maioria relatou ter verificado mudanças no trabalho das equipes, bem como a existência de problemas na comunicação entre os profissionais após a implementação do plano.

Com relação à subcategoria “Problemas de comunicação internos após a implementação do plano”, os profissionais relataram ter vivenciado situações variáveis nesse processo, e alguns relataram já ter experimentado esses “ruídos”, divergências ou conflitos anteriormente à pandemia e o plano de contingência. Alguns dos entrevistados relataram não ter vivenciado situações conflituosas na comunicação.

E, a quarta categoria informativa, “Implementação do plano, equipamentos e materiais” visou obter informações sobre o material utilizado pelos profissionais tanto com relação aos EPIs, como em relação à medicamentos e outros insumos disponibilizados aos pacientes. Esta categoria constitui-se de três subcategorias: Oferta de material (termômetro, oxímetro de pulso, medicamento) em quantidade suficiente para atendimento dos pacientes após o plano; 2) Fluxo de recebimento de EPIs após o início da pandemia; e 3) Oferta de treinamento para o uso de EPIs após o plano. Esta categoria foi a segunda que mais teve unidades de registro, contemplando cerca de 21,6 % dos relatos obtidos (Tabela 8).

Tabela 8 - Falas dos profissionais agrupadas pela categoria Implementação do plano, equipamentos e materiais

<p style="text-align: center;">4. CATEGORIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Implementação do plano, equipamentos e materiais</p> </div> <p style="text-align: center;">SUBCATEGORIAS</p>	<p style="text-align: center;">Falas dos profissionais</p>
<p>Oferta de material (termômetro, oxímetro de pulso, medicamento) em quantidade suficiente para atendimento dos pacientes após o plano</p>	<p><i>“Eu acho que cada um correu pra ter seu material completinho. Bom, eu pelo menos corri pra ter o meu material pra que pudesse ajudar nas minhas consultas.” (E0103)</i></p> <p><i>“Olha, não houve falta, mas poderia ter mais. Como por exemplo, termômetro. Existe um termômetro, um oxímetro adulto e um infantil na estação três.” (E0202)</i></p> <p><i>“É medicamento a gente teve falta algumas vezes, né? Por conta da quantidade de pessoas que vinham com sintomas. (...) teve época que faltou muita dipirona (...) Agora, em relação ao material tipo termômetro, termômetro também a gente tava se virando, a gente tinha que ter mais termômetro, oxímetro às vezes só tinha um e aí a gente tinha que deixar um paciente monitorado lá que estava no oxigênio. (...) Eu acho que o material em relação a isso acho que foi pouco, a gente tinha que ter tido mais mesmo.” (E0401).</i></p> <p><i>“Medicamento, dipirona zerada em todos os locais (...), o oxímetro de pulso e o termômetro, alguns serviços tem disponível na estação três, mas na realidade foi que a gente usou tudo nosso, porque a gente já</i></p>

	<p><i>tinha esse material de bolsa, a gente usava o nosso mesmo. (...) mas a gente tinha o nosso disponível então a gente conseguiu fazer uma boa avaliação dos usuários com nosso material de bolso. (E0501)</i></p> <p><i>“Agora a medicação a gente tinha momentos, como ainda temos momentos que realmente falta medicação na unidade e aí o paciente sai da unidade sem a medicação por falta mesmo de distribuição.” (E0503).</i></p>
<p>Fluxo de recebimento de EPIs após o início da pandemia.</p>	<p><i>“Muita gente fazendo doação, fazendo máscaras de pano, inclusive minha mãe fez um monte de máscara de pano eu trouxe, a gente distribuía pros próprios usuários que não tinha condições de comprar, né? (...) Pessoas que faziam e mandava pra gente.” (E0401)</i></p> <p><i>“No início foi um pouquinho meio precário, mas ao longo do tempo a gente foi recebendo até doações também, né? Muita gente começou a doar também o que faltou tudo no início (...) Então assim faltou máscara, álcool, né? Álcool em gel. Faltou tudo, né? Ao longo do tempo foi que foi chegando pra gente, que a gente foi podendo, mas assim, muita gente se contaminou, acho que por falta mesmo.” (E0503)</i></p>
<p>Oferta de treinamento para o uso de EPIs após o plano.</p>	<p><i>“Sim, recebemos. (...) Mas foi algo que chegava no cantinho ensinava como pegar a máscara, como armazenar.”(E0101)</i></p>

“Não. Treinamento não, porque o EPI eu considero que é algo básico, a gente já sabe como usar, como colocar uma touca, como colocar um avental, treinamento específico não, mas se houvesse alguma dúvida com certeza qualquer pessoa que soubesse iria explicar, ensinar e treinar.” (E0202)

“Olha eu recebi orientação. (...) O treinamento não. Recebi orientações.” (E0203)

“Protocolos e treinamentos em série, não.” (E0204)

“A gente teve treinamento sim, a gente teve reunião de equipe técnica que falou um pouco sobre a gente teve essa capacitação da UFRJ e a gente tinha orientações pelo WhatsApp.” (E0205).

“Não. Não. (...) É, muitas vezes as pessoas corrigiam a nossa máscara, ah não é assim é assado.” (E0303)

“Não, (...) mas quando estavam entregando o equipamento quem recebeu o treinamento acabava passando conhecimento adiante, mas falava que o treinamento foi adequado.” (E0403)

“Eu não lembro se eu recebi treinamento na real, de verdade.” (E0404)

No que concerne à primeira subcategoria, todos os profissionais entrevistados relataram a falta de um ou mais itens, principalmente, de medicamentos básicos como dipirona, em algum momento da pandemia na USF, ou então havia pouca quantidade para demanda do momento. Houve dois relatos onde os profissionais disseram ter buscado ter o seu próprio kit material para atendimento, e a percepção de que outros profissionais também haviam feito o mesmo.

Todos os profissionais relataram a escassez de EPIs no início da pandemia, como a não obrigatoriedade do uso de máscaras por desconhecimento geral, óculos e/ ou *faceshield*, mas que foram recebendo os itens ao longo da implementação do plano. Também houve unicidade no relato do recebimento de máscaras caseiras doadas ou compradas com verbas próprias no início da pandemia. Isso incluiu a aquisição própria de máscaras do tipo PFF2/N95 ou álcool em gel. Interessante, foi observar que em relação à subcategoria “oferta de treinamento para o uso de EPIs”, 45% dos profissionais entrevistados relataram não ter tido treinamento adequado ou relataram ter tido apenas algumas orientações, mas que não consideravam como treinamento.

5. DISCUSSÃO

É indiscutível a importância da atuação da APS na linha de frente (MEDINA et al., 2020; MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022) no contexto da pandemia de covid-19. A APS tem a obrigatoriedade de organizar o fluxo de atendimento dos serviços da rede de saúde, da mesma forma por orientar sobre prevenção de doenças e promover a saúde pública através de práticas científicas fundamentais para a melhoria da saúde da comunidade (Brasil, 2019).

Em resposta ao combate à pandemia, o estado do Rio de Janeiro apresentou um plano de contingência em nível estadual que buscou adaptar o plano de contingência para ser aplicado em unidades de APS, visando melhor coordenar as ações de enfrentamento à pandemia e manter as atividades essenciais nas unidades (SILVA et al, 2020).

Se por um lado a APS tem capacidade reduzida para atuar sobre a letalidade dos casos graves, uma APS forte, organizada e com pessoal qualificado e em número adequado pode contribuir para diminuir a incidência da infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade. Por

meio do trabalho comunitário pode atuar para a redução da disseminação da infecção, acompanhar os casos leves em isolamento domiciliar, apoiar as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia. Dessa forma, a APS pode desempenhar um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, mantendo e aprofundando todos os seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária. (DAUMAS et al., 2020; ENGSTROM et al., 2020; MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022; NEDEL, 2020).

Os entrevistados avaliaram positivamente as novas práticas instituídas com benefícios tanto para os profissionais, quanto para os usuários dos serviços ofertados na USF durante a pandemia. As novas práticas e mudanças organizacionais implementadas focaram na reestruturação do espaço físico, buscando separar pacientes com sintomas respiratórios indicadores de COVID-19 (ex. tosse, febre, falta de ar, dor de cabeça, etc.), de pacientes prioritários e não sintomáticos com demanda espontânea aguda; adequação de práticas de atendimento como coletas de exames, distribuição de medicamentos e agendamento de consultas prioritárias ou eletivas; e fornecimento de EPIs adequados aos profissionais, treinamento e normatização do uso desses equipamentos como uso obrigatório de máscaras, capote, *face shield*, óculos de proteção, bem como o fornecimento de materiais necessários à prática clínica e ao combate do novo coronavírus como oxímetros, termômetros e kits de coleta para diagnóstico. De acordo com Cavagnoli *et al.* (2021), a atuação da APS precisou passar por reestruturação, reorganização e planejamento para enfrentar as adversidades impostas pelo vírus, buscando reduzir as taxas de contágio e consequente, as mortes.

Contudo, muitas das medidas orientadas pela implementação do plano de contingência chegaram com um certo atraso de implementação na prática clínica. A falta do uso de máscaras, seja pela normatização, seja pela disponibilidade de tê-las para uso no início da pandemia e do plano de contingência, foi uma constante nos depoimentos feitos. Muitos se recordam de terem ou comprado as próprias máscaras, ou terem recebido máscaras de tecido fornecidas por doação à unidade.

Outros itens que também foram relatados terem tido baixa disponibilidade ou mesmo carência em algum momento foram álcool em gel e medicamentos básicos como antitérmico dipirona. Este chegou a faltar tanto para a oferta a pacientes sintomáticos, quanto para os demais de demanda aguda espontânea. Porém, todos os entrevistados relataram que gradualmente, a oferta de todo o material necessário aconteceu ao longo dos meses que se sucederam a vigência do plano de contingência. No que tange ao treinamento dos profissionais entrevistados para utilização de forma correta dos novos EPIs, quase metade declarou ter tido algum tipo de treinamento, mas os demais alegaram ter recebido apenas orientações feitas através de comunicados, falas informais entre os profissionais lotados na unidade, folhetos e “WhatsApp”. Os relatos evidenciam que talvez haja percepções divergentes do que seja treinamento e orientação.

Segundo algumas falas colhidas, a urgência da pandemia não permitiu que os profissionais fossem adequadamente treinados e informados para o enfrentamento do novo vírus. Os relatos de falta de orientação adequada sobre a transmissibilidade da doença, bem como a demora na implementação de medidas protetoras como o uso obrigatório de máscaras adequadas e a oferta das mesmas, informações corretas e padronizadas de uso dos EPIs (como colocar e retirar os capotes, máscaras, luvas, óculos, *faceshield*), descarte e/ ou reutilização dos mesmos, protocolos de desinfecção e higienização pessoal e do ambiente, teriam sido responsáveis pelo grande número de profissionais contaminados nos primeiros meses de enfrentamento da pandemia. Os relatos são consonantes com Medina *et al.* (2020) que diagnostica que a APS não recebeu o investimento e incentivo necessários na divulgação de medidas preventivas direcionadas trazendo insegurança aos profissionais de saúde devido aos riscos de contaminação, somados ao escasso conhecimento sobre as potencialidades do vírus.

Analisando a categoria que recebeu o maior percentual de relatos e inferências, “Plano de contingência e organização dos serviços e fluxos na USF”, encontramos algumas informações relevantes que focam na necessidade de adequação e organização do espaço físico, na oferta dos serviços, redução de transmissão e contágio dentro da unidade, bem como as percepções sobre os resultados dessas medidas.

A avaliação geral foi bastante positiva trazendo impressões de que as medidas contribuíram para uma melhor organização dos serviços ofertados, e que a

setorização dos atendimentos gerou uma redução de riscos de contágio para pacientes e profissionais. Esses relatos estão em acordo com Alves (2020), que atribui que a organização dos serviços de saúde para atuarem com a máxima efetividade é de responsabilidade de todos os profissionais, acercando-se das competências de gestão e organização. Essa categoria também contemplou os relatos e percepções dos profissionais sobre limitações do plano de contingência. Poucos profissionais trouxeram relatos pessoais sobre esse item e alguns inclusive, fizeram sugestões do que poderia ter sido feito ou melhorado, porém sem muita contribuição para a pesquisa.

A reorganização da prestação dos serviços da USF foi essencial para que a APS pudesse manter todos os atendimentos e procedimentos já estabelecidos de forma simultânea aos casos crescentes de pacientes com COVID-19 (GIOVANELLA et al., 2020a). Na categoria “Implementação do plano e demanda espontânea, programada e linhas de cuidados prioritárias”, os profissionais foram indagados sobre os atendimentos às linhas de cuidado prioritárias como pré-natal, puericultura, diabetes, hanseníase, hipertensão, e também ao atendimento geral na USF aos pacientes de demanda aguda e espontânea. Alguns profissionais alegaram não terem percebido alteração alguma nos atendimentos, mas a maioria relatou ter havido alguma alteração no início do plano. Os relatos trazem informações como diminuição da demanda da população não prioritária no início da pandemia, atendimento focal nos cuidados prioritários como gestantes e puericultura, sendo dessa linha prioritária como os pacientes hipertensos ou diabéticos terem sido menos assistidos com espaçamento nos agendamentos de consultas, atendimentos mais “criteriosos”. No entanto, todos falaram que a situação para esses pacientes não “saiu do controle”, só teve a rotina alterada por conta da nova realidade da pandemia. Os profissionais também relataram que o acolhimento da população em geral foi mantido, mesmo com a suspensão temporária de alguns serviços não prioritários e/ou urgentes, e a maioria relatou que o atendimento aos não sintomáticos foi feito a contento.

Esses dados estão de acordo com Alves (2020) e Leite *et al.* (2020), que nota que a integralidade sofreu prejuízos com o distanciamento e o isolamento, pois a APS é responsável por gerenciar o cuidado, supervisionar as informações recebidas de diversos níveis de atenção e regular os fluxos à atenção de problemas. A importância da coordenação, atributo essencial que conecta os outros, se torna

primordial em situação pandêmica, visto que vários serviços oferecidos pela atenção secundária e terciária se apresentaram suspensos.

A APS configura-se como a porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro. Sendo assim, espera-se que os serviços ofertados sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde apresentados pela população (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022). A APS no SUS é presente em todos os municípios brasileiros, e refletiu sua importância como primeiro nível de atenção à população. Organizar os serviços para atuarem com a máxima efetividade é responsabilidade constante de todos os profissionais, acercando-se das competências de gestão e organização de serviços de saúde (ALVES, 2020; MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022).

Segundo Alves (2020) preconiza que as medidas adotadas para a prevenção dos profissionais, melhor atendimento dos pacientes, e ações como: triagem de todos os pacientes antes da entrada nas unidades; uso universal de máscara facial e higienização das mãos; adequação do espaço físico das unidades adotando fluxos afastados para pacientes com sintomas respiratórios e sem os mesmos; atenção especial à segurança da sala de imunizações; desinfecção adequada de todos os espaços da unidade; uso correto dos EPIs; rodízio dos profissionais no atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios visando reduzir o tempo de exposição ao vírus; e previsão de afastamento de profissionais por adoecimento são essenciais para o correto e combate à disseminação do vírus dentro das USF, menor sobrecarga das demais unidades de saúde e conseqüentemente, uma melhor atenção social e controle da pandemia. Baseado nos relatos obtidos pelas entrevistas, todas essas medidas foram, de certa forma, incorporadas ao longo da pandemia pela USF, impactando a oferta de serviços e na redução do adoecimento de funcionários e pacientes.

Se tornou imprescindível que as equipes de APS fossem capacitadas para manter os atributos com eficiência e efetividade durante a pandemia. Os relatos dos entrevistados evidenciaram que houve uma demora na implementação no plano de contingência, bem como aquisição suficiente de insumos, EPIs, treinamento, capacitação, informação adequada e adequação da USF (MURAKAMI.; ARAÚJO; MARQUES, 2022; NEDEL, 2020; PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022)

Segundo Teixeira, *et al* (2020), para reduzir o risco de transmissão, destacando-se, também, a necessidade de capacitação dos profissionais para a

homogeneização dos processos de trabalho das equipes de saúde, enfatizando-se, inclusive, o uso de tecnologias digitais, como, por exemplo, o envio de vídeo sobre colocação e retirada de EPIs. Vale ressaltar a criação de redes colaborativas voltadas à disponibilização de suporte técnico à capacitação de pessoal por meio de material instrucional (folhetos e brochuras), workshops, disseminação de diretrizes, compartilhamento regular de atualizações técnicas, desenvolvimento de estudos de caso como estratégia pedagógica para capacitar os profissionais.

Esses relatos reforçam o subfinanciamento do SUS, onde as dificuldades observadas em diversos estados demonstraram e afirmaram a necessidade de investir em saúde, para em um futuro, possuir os recursos necessários para enfrentar situações adversas não programadas (MEDINA ET AL., 2020; GIOVANELLA et al., 2020b). De acordo com Cabral *et. al.* (2020), recentemente a restrição orçamentária em todos os níveis de atenção impactou o financiamento da APS, e gerou maior sobrecarga à rede de atenção à saúde, que já vive em um panorama marcado por instabilidade e precarização das relações de trabalho. Esse cenário foi crucial, também, para a demora na implementação no plano de contingência, aquisição de insumos, EPIs, e outros itens listados anteriormente (FERNANDES; ORTEGA, 2020; GIOVANELLA et al., 2020a).

Segundo Alves (2020), o modelo brasileiro, com suas ESF e enfoque territorial, apresentou impactos positivos na saúde da população, além de possuir papel importante na rede assistencial de cuidados, contribuindo vigorosamente para a abordagem comunitária, necessária no enfrentamento de qualquer epidemia. A pandemia da COVID-19 exigiu que as USF se reorganizassem de tal forma a manter os procedimentos antes ofertados, e realizassem adequada assistência aos pacientes doentes pelo novo coronavírus. Essa prática foi conseguida ao longo dos primeiros meses após a implantação do plano de contingência, quando os atendimentos foram descentralizados e a rede de saúde foi reaberta a todos os membros da comunidade, a partir da garantia à segurança à vida e saúde dos profissionais e funcionários. Tais medidas são descritas por Medina *et al.* (2020), e contribuem para a redução da pressão nos hospitais.

No que diz respeito à “Implementação do plano e equipe”, a maioria dos profissionais conseguiu identificar aspectos positivos e negativos, sendo transversal um sentimento de “dever cumprido”, contínuo aprendizado e, mas também de muitas dificuldades que tiveram de superar. Alguns entrevistados relataram ter havido

mudanças na formação das equipes de trabalho e poucos alegaram mudanças provocadas pela pandemia no trabalho em equipe. A subcategoria “Problemas de comunicação internos após a implementação do plano” gerou relatos da maioria dos profissionais entrevistados. Essa questão de comunicação assertiva, organizada, coordenada e coerente é fundamental para o sucesso de um plano de contingência, bem como para a rotina diária em qualquer unidade de saúde. Os depoimentos, por vezes, extrapolaram a prática equivocada de comunicação durante a pandemia e demonstraram haver uma situação comum a outros períodos, onde a fala muitas vezes é distorcida, errônea ou contradizente. Uma percepção positiva foi estendida aos profissionais da equipe de resposta rápida, que demonstraram ter sido fundamentais para a implementação satisfatória do plano, especialmente nas primeiras semanas.

6. CONCLUSÕES

O sistema de saúde deve assegurar ao usuário ações e serviços efetivos, contínuos, integral e humanizado. A pandemia de COVID-19 foi e ainda é, um desafio aos sistemas de saúde de nosso país e com o entendimento crescente da doença e do novo coronavírus, bem como medidas decisivas para seu controle e redução de contágio, os próximos meses devem ser menos conturbados quanto aos experimentados nos momentos iniciais de disseminação do vírus e adoecimento significativo de muitos cidadãos ao mesmo tempo.

Dentre as categorias estudadas, foi possível notar que na categoria **Plano de contingência e organização dos serviços e fluxos na USF**, os profissionais avaliaram positivamente as mudanças geradas pela implementação do plano de contingência e declararam ter havido aspectos positivos na prestação de serviços na USF. Mas uma fala constante era a restrição de serviços, isso fica claro, que apesar do treinamento dos profissionais para absorção do plano, poucos possuem idéia do que se baseia no plano de contingência.

Já em relação à categoria **Implementação do plano e demanda espontânea, programada e linhas de cuidados prioritárias**, os relatos foram que as linhas de cuidados de doenças crônicas não transmissíveis, ficaram em decomposição, não tendo havido consenso nos relatos.

Na categoria **Implementação do plano e equipe**, os profissionais relataram transformações no processo de trabalho que realizavam. Também relataram que o problema de comunicação interna, apesar de minimizado, já contemplava antes da implementação do plano, muitos relacionam ao grande volume de profissionais e categorias.

Por fim, na categoria **Implementação do plano, equipamentos e materiais**, as narrativas foram que houve uma precariedade, tanto de oferta oportuna de matérias e insumos, quanto de disponibilização de medicamentos básicos para os usuários. Em relação ao treinamento em serviço, os relatos foram de que os profissionais tiveram apenas orientações, vindas muitas vezes dos próprios colegas de trabalho, e que não tiveram treinamento sistematizado e organizado pela unidade.

Os resultados deste trabalho apontam para diminuição de demanda espontânea e procedimentos eletivos, com manutenção de atendimento às linhas de cuidado prioritárias. A organização dos fluxos, demarcação dos espaços de atendimento, criação da equipe de resposta rápida e separação dos sintomáticos respiratórios propiciaram um ambiente institucional mais fluido e seguro. Houve oferta de EPI em quantidade suficiente ao longo dos meses e o treinamento foi considerado adequado pela maioria.

A implementação de um Plano de Contingência, embora pouco compreendida na teoria pelos profissionais de saúde entrevistados, foi percebida como uma importante ferramenta utilizada para organizar os fluxos na unidade e diminuir a transmissão da doença entre profissionais e usuários, minimizando o impacto da pandemia no processo de trabalho dessa unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F.A.R.; MOURA, E.R.F.; COSTA, F.B.C.C.; MIRANDA, F.R.; ALBUQUERQUE, R.A.S.; SILVA, R.M.; CATRIB, A.M.F. **Técnica de entrevista na pesquisa qualitativa**. In: Silva RM, Bezerra IC, Brasil CCP, Moura ERF (Ed.). Estudos Qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações. Sobral: Edições UVA, 2018. p. 269-278.

AHMED, F. **Why inequality could spread Covid-19**. Lancet, vol. 5, nº. 5, E240, 2020.

ALBUQUERQUE, N.L.S. **Planejamento Operacional Durante a Pandemia De COVID-19: Comparação Entre Recomendações Da Organização Mundial Da Saúde E O Plano De Contingência Nacional**. *Cogitare Enfermagem*, vol. 25, no. 72659, p. 7, 2020.

ALBUQUERQUE, M.S.V.; LYRA, T.M.; FARIAS, S.F.; MENDES, M.F.M.; MARTELLI, P.J.L. **Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco**. *Saúde Debate*, vol. 38, p. 182-194, 2014.

ALVES, M.T.G. **Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19**. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, vol. 15, nº42, p. 2496, 2020.

ALMEIDA, E. R. et al. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017)**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [s.l.], vol 42, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>.

ARAÚJO, F.; MALLART, F.; GAUDENZI, P. **Saúde: contextualizar o desmonte é essencial**. *Le Monde Diplomatique*, Rio de Janeiro, 30 jun. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/contextualizar-o-desmonte-e-essencial/>

AUSTRALIA. GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. **Australian Health Sector Emergency Response Plan for Novel Coronavirus (COVID-19)**. Canberra, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIRENBAUM-CARMELI, D., CHASSIDA, J. **Health and socio-demographic implications of the Covid-19 second pandemic wave in Israel, compared with the first wave**. *Int J Equity Health*, vol. 20, n. 1, p. 154. Disponível em: [doi:10.1186/s12939-021-01445-y](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01445-y)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação à saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA nº 2.488**, de 21 DE OUTUBRO DE 2011. Brasília: Ministério da Saúde 2011.

BRASIL. CASA CIVIL. **LEI Nº 12.608**, DE 10 DE ABRIL DE 2012. 2012. *Política Nacional de Proteção e Defesa Civil*, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12608.htm. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carteira De Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 188**, de 3 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. **Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-COVID-19**. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 397**, DE 16 DE MARÇO DE 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.445**, DE 29 DE MAIO DE 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Coronavírus. 2020e**. Painel de casos de doenças pelo coronavírus 2019 (COVID-19). Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>. Acesso em: 6 jan. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020f. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>

BIERNATH, A. **Crise em Manaus era inevitável, mas poderíamos ter impedido o colapso, diz cientista da Fiocruz que sugeriu lockdown em setembro**. 2021. BBC News. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55684605>. Acesso em: 16 jan. 2021.

BHAUMIK, S.; MOOLA, S.; TYAGI, J.; NAMBIAR, D.; KAKOTI, M. **Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis**. MedRxiv 2020.

BODENHEIMER, T. et al. **The 10 building blocks of high-performing primary care**. Annals of Family Medicine, vol. 12, n. 2, p. 166–171, 2014. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/12/2/166>.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C.R.; MEDINA, M.G.; MARTINS, C.L.; ALMEIDA, P.F. **Primary care in health regions: policy, structure, and Organization.** Cad. Saúde Pública, vol. 35, Supl., 2, 2017.

CABRAL, E.R.M.; BONFADA, D.; MELO, M.C.; CESAR, I. D.; OLIVEIRA, R.E.M.; BASTOS, T. F.; BONFADA, D.; MACHADO, L. O.; ROLIM, A. C. A.; ZAGO, A. C. W. **Contributions, and challenges of the Primary Health Care across the pandemic COVID-19.** InterAmerican Journal of Medicine and Health, vol. 3, nº 1, p.12-25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CAETANO, R. **Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro.** Cad. Saúde Pública, vol. 36, n.5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>.

CARVALHO, W.R.G; OLIVEIRA, S.V; SILVA, V.P; LIMONGI, J.E. **Social distancing: breath for science during the COVID-19 pandemic in Brazil.** Interamerican Journal of Medicine and Health, vol. 3, no. 28, p. 401–402, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>. Acesso em: 10 Jan. 2021.

CASTRO, D. M. de et al. **Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 36, n. 11, e00209819, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n11/e00209819/>.

CIMINI, F. **CORONAVÍRUS: OS 15 DIAS DE BRIGAS POLÍTICAS QUE SELARAM O DESFECHO TRÁGICO DA ITÁLIA.** The Intercept, 2020. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/03/24/coronavirus-politica-italia/>. Acesso em: 10 Jan. 2021.

CHAN, P.F.; LAI, K.P.L.; CHAO, D.V.K.; FUNG, S.C.K. **Enhancing the triage and cohort of patients in public primary care clinics in response to the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hong Kong: an experience from a hospital cluster.** BJGP Open, 2020.

CGPIS - Coordenadoria Geral dos Programas de Interesse Social/Coordenadoria de POUSO. **Diagnóstico urbanístico e ambiental** - setembro, 2013. Disponível em: <http://rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5333332/4139326/26RiodasPedrasSMUCGPIS>. Acesso em: 10 jan. 2021.

COMCAT. **Painel Unificador COVID-19 Nas Favelas do Rio de Janeiro.** 2020. Comunidades Catalisadoras. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/8b055bf091b742bca021221e8ca73cd7/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, DF: CONASS, 2015. 127 p.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Reformular, sem mudar princípios e atributos da APS: a inovação de Florianópolis no enfrentamento à Covid-19.** APS Redes, 2020. Disponível em: www.conass.org.br/reformular-sem-mudar-principios-e-atributos-da-aps-a-inovacao-d-e-florianopolis-no-enfrentamento-a-covid-19/ Acesso em 14 março 2021.

DAUMAS, R.P; SILVA, G.A; LEITE, R.T.C; BRASIL, P.; GRECO, D.B.; GRABOIS, V.; CAMPOS, G.W.S. **O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19.** Cadernos de Saúde Pública - SciELO, vol. 36, no. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

DA SILVA, M.C.; RIBEIRO, M.; MAFRA, P. **Plano de Contingência para Enfrentamento de COVID-19: Diretrizes Norteadoras na CFHBV.** Baseado na Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Primária 4.0 - Clínica da Família Helena Besserman Vianna. Rio de Janeiro, 2021.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press; 1973.

DUNLOP, C.; HOWE, A.; LI, D.; ALLEN, L.N. **The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response.** BJGP Open, 2020.

ENGSTROM, E. et al. **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19.** Rio de Janeiro: Observatório Covid-19: Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-noenfrentamento-da-covid-19>.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. **Qualidade à Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas.** Saúde debate, vol. 42, nº 1, Edição Especial, setembro, 2018.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. **A atenção primária no Rio de Janeiro em tempos de COVID-19.** Rev. Physis, vol. 30, nº 03, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300309>

FLAXMAN, S.; MISHRA, S.; GANDY, A.; UNWIN, H. Juliette T.; MELLAN, T. A.; COUPLAND, H.; WHITTAKER, C.; ZHU, H.; BERAH, T.; EATON, J. W.; MONOD, M.; GHANI, A.C.; DONNELLY, C.A.; RILEY, S.; VO, M.A. C.; OKELL, L.C.; BHATT, S. **Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe.** Nature, vol. 584, p. 257–261, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7>. Acesso em: 13 jan. 2021.

FEHN, A. et al. **Vulnerabilidade e déficit de profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19.** Nota técnica n.10. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Maio de 2020.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cadernos de Saúde Pública, vol. 24, no. 1, p. 17–27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100003>. Acesso em: 13 jan. 2021.

FONTANELLA, B.J.B; LUCHESI, B.M.; SAIDEL, M.G.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R.; MELO, D.G. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica.** Cadernos de Saúde Pública, v. 27, no. 2, p. 388-394, 2011. Acesso em: 13 jan. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS.** Relatório de Pesquisa: Estado do Rio de Janeiro. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, 2020a. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/11/30/desafios-da-atencao-basica-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus-resultados-para-o-estado-do-rio-de-janeiro/>.

GIOVANELLA, L.; MEDINA, M. G. et al. **Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 895–901, 2020b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300895&tlng=pt.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde.** In: GIOVANELLA L. (org) Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.493–545, 2012.

GIOVANELLA, L.L.; COSTA, L.V.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação.** Saúde Debate, vol. 26, nº60, p. 37-61, 2002.

GLAZIER, R.H. et al. **Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada.** CMAJ, vol. 193, n.6, p. E200-E210. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.202303>.

GONÇALVES, M.; HARZHEIM, E. **O que é atenção primária à saúde?** Projeto Telessaúde RS, Padrão Ouro. Governo do Rio Grande do Sul, 2015.

GREENHALGH, T.; KOH, G.C.H.; CAR, J. **COVID-19: a remote assessment in primary care.** BMJ, 2020.

GOOGLE. **Coronavírus (COVID-19) Database.** 2021. Google. Disponível em: <https://news.google.com/COVID19/map?hl=id&mid=%2Fm%2F03ryn&gl=ID&ceid=ID%3Aid>. Acesso em: 16 jan. 2021.

HADDAD, A.E., et al. **Formative second opinion: qualifying health professionals for the unified health system through the Brazilian Telehealth Program.** *Telemed J E Health*, vol. 21, n. 2, p.138-142, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0001>

HARZHEIM, E. et al. **Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, suppl 1, p. 2493-2497, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>.

KENDZERSKA, T. et al. **The Effects of the Health System Response to the Covid-19 Pandemic on Chronic Disease Management: A Narrative Review.** *Risk Management and Healthcare Policy, Auckland*, v. 14, p. 575–584, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7894869/>.

KONTIS, V., et al. **Magnitude, demographics and dynamics of the effect of the first wave of the COVID-19 pandemic on all-cause mortality in 21 industrialized countries** [published correction appears in *Nat Med.* 2021 Mar;27(3):562]. *Nat. Med.*, vol. 26, n. 12, p. 1919-1928, 2020. Disponível em: [doi:10.1038/s41591-020-1112-0](https://doi.org/10.1038/s41591-020-1112-0).

LEITE, I. C. et al. **O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19.** *Cad. Saúde Pública*, v.36, n.6, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>

LIMA, J. G. et al. **Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB.** *Saúde em Debate*, [s.l.], vol. 42, p. 52–66, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.

MAIA, A.C.; AGOSTINI, R.; AZIZE, R. L. **Sobre jogos de (des)montar: Covid-19 e Atenção Primária à Saúde.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. vol. 30, n. 03, e300314, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300314>.

MEDINA, M.G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M.H.M.; AQUINO, R. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?** *Cadernos de Saúde Pública - SciELO*, vol. 36, no. 8, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/#>. Acesso em: 13 jan. 2021.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E.V. **A APS no Brasil: O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. p. 71-99, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MOREIRA, K.S.; LIMA, C.A.; VIEIRA, M.A.; COSTA, S.M. **Avaliação da Infraestrutura das Unidades de Saúde da Família e Equipamentos para ações na Atenção Básica**. *Cogitare Enferm*, vol. 22, nº 2, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.51283>.

MOURA, B.L.A.; CUNHA, R.C.; FONSECA, A.C.F.; AQUINO, A.; MEDINA, M.G.; VILASBOAS, A.L.Q. **Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde**. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, vol. 10, Suppl. 1, p. 69- 81, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500007>.

MURAKAMI, M. N.; ARAÚJO, F. J.; MARQUES, C. P. **A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa**. *Braz. J. Development*, v. 8, n. 2, p. 12232-12251, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-252>

NASSAR, P. R. B., et al. **Gestão de risco e as estratégias do plano de contingência para COVID-19**. *Ver. Enferm. UERJ*, vol. 28, e55415, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.55415>.

NEDEL, F. B. **Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca!**. *APS Rev.*, vol. 2, n. 1, p. 11–16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.68>.

O'DWYER, G. **A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro**, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, dez. 2019.

OLIVEIRA, C.M. et al. **Plano de Contingência, como o Brasil se organizou frente à chegada da Covid-19: Revisão integrativa**. *Rev. Saúde Inov.*, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.51208/journalofhi.v1i1.18>

OLIVEIRA, D. C. **Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização**. *Rev. Enferm. UERJ*, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. *Rev. Bras. Enfermagem*, vol. 66, nº especial, p. 158-164, 2013.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

OPAS. **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.

PATIÑO-ESCARCINA, J. E.; MEDINA, M. G. **Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental.** Saúde em Debate [online], vol. 46, n. spe1, pp. 119-130, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E108>.

PINHO, E.C.C.; CUNHA, T.A.N.; LEMOS, M.; FERREIRA, G.R.O.N.; LOURENÇÃO, L.G.; PINHEIRO, H.H.C.; BOTELHO, E.P.; CUNHA, C.L.F. **Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil.** Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem, vol. 11, n 2, 2020.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PINTO, L. F. et al. **A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1257–1267, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/6nJCDSJZNSZBhMWDzwwmMgv/?lang=pt>.

REIS, V. **A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro.** ABRASCO, Rio de Janeiro, 13 nov. 105 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>.

REIS, R.F. et al. **Characterization of the Covid-19 pandemic and the impact of uncertainties, mitigation strategies, and under reporting of cases in South Korea, Italy, and Brazil.** Chaos, Solitons, and Fractals, vol. 136, 109888, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.109888>.

RIBOLI, E., ARTHUR, J.P., MANTOVANI, M. DE F. **No epicentro da epidemia: um olhar sobre a Covid-19 na Itália.** Cogitare enferm. [Internet]., vol. 25, e72955, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72955>.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Unidade de Saúde - Clínicas da Família.** 2010. Governo do Estado. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: [s. n.], 2020. Disponível em: <http://coronavirus.rj.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/02.03-Plano-de-Resposta-de-Coronavirus.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria Especial - Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica **Orientações sobre a prevenção e manejo da transmissão e infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e organização dos serviços de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro.** Versão 02 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/fe87c3ae-c75a-4a7c-9659-0aaef1fb7d69>

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Abordagem da infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19) na atenção primária**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/2021/06/Covid_AtendimentoAPS_Livro_20210602.pdf.

SAIIDI, U. **Hong Kong is putting electronic wristbands on arriving passengers to enforce coronavirus quarantine**. 2020. CNBC. Disponível em: <https://www.cnbc.com/2020/03/18/hong-kong-uses-electronic-wristbands-to-enforce-coronavirus-quarantine.html>. Accessed on: 7 Jan. 2021.

SAIKI, W. **Impactos da COVID-19 em Rio das Pedras: O Que Fazer**. 2020. Rio on Watch. Available at: <https://rioonwatch.org.br/?p=49387>. Acesso em: 10 Jan. 2021.

SALTMAN, R. S. **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. **European Observatory on Health Systems and Policies/Nuffield Trust**. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill, 2006

SANTOS, L. P. R. dos et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro**. *Cadernos Saúde Coletiva*, vol. 26, n. 2, p. 178–183, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000200178&lng=pt&tlng=pt.

SANTOS, M.R., SCHRAPETT, V.R., SILVA, C.R.L. **Cuidados de Enfermagem no Telemonitoramento da Covid-19: Revisão Integrativa**. *Rev. Paul. Enferm.* [Internet], vol.32, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2020v32a39>.

SANTOS, T. B. S. et al. **Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 4, p. 1407-1418. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>.

SARTI, T. D. et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19?** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/ij/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt>.

SILVA, A.S; RIGATO, A.; SALVATERRA, B.; LUCENA, D.; LIMA, E. F. F.; BOTELHO, I.; BENFICA, J.C.; MEDRADO, J.; SOBRAL, J.; TELÉFORA, K.; BOGADO, L.; CARVALHO, M.; PADULA, M.I.; ALVES, M.; CARVAJAL, N.R.; CABRAL, R.; VAROTO, R.; TELES, R.; SILVA, S.M.; STUDART, V. **Plano de Contingência da Atenção Primária à Saúde para o coronavírus no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzAxMjY%2C>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Abordagem da violência contra a mulher no contexto da COVID 19**. Rio de Janeiro (RJ): SBMFC; 2020.

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Orientações para favelas e periferias**. Segunda edição revista e ampliada. Rio de Janeiro (RJ): SBMFC; 2020.

SILVA, C.B. et al. **Implementação do telemonitoramento de COVID-19: repercussões na formação acadêmica em Enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20200395. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200395>

SILVEIRA, J. P. M. da; ZONTA, R. (2020). **Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis**. APS Rev., vol. 2, n. 2, p. 91–96, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.122>.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; CAMACHO, L. A. B. **Análise dos atributos dos cuidados 106 primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, p. 819–830, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/LSLKbSXJqmbBqJzszmr5r4y/?lang=pt>.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B. **Contribution of Primary Care to Health Systems and Health**. The Milbank Quarterly, vol. 83, nº 3, p. 457–502, 2005.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde. Salvador: Conferências Municipal e Estadual de Saúde**, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20-%20Os%20princ%C3%ADpios%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%9Ade.pdf

TEIXEIRA, C. F. de Souza et al. **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 9. Acesso 20 Outubro 2022 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, vol. 20, Supl. 2, 2004.

VILLANI, L., MCKEE, M., CASCINI, F., RICCIARDI, W., BOCCIA, S. **Comparison of Deaths Rates for COVID-19 across Europe During the First Wave of the COVID-19 Pandemic**. Front Public Health, vol. 8, 620416, 2020. Disponível em: [doi:10.3389/fpubh.2020.620416](https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.620416)

WHO - World Healthy Organization. **International Health Regulations**. Genebra: OMS; 2005. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580410>

WHO - World Health Organization. **Novel Coronavirus (2019-nCoV):** Strategic Preparedness and Response Plan. Geneva, Switzerland, 2020a. Disponível em: <https://COVID19.who.int>. Acesso em: 13 jan. 2021.

WHO - World Health Organization. **A live digital Platform behind the scenes for more effective and transparent country response. 2020b.** COVID-19. Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/a-live-digital-platform-behind-the-scenes-for-more-effective-and-transparent-country-response>. Acesso em: 6 Jan. 2021.

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados

Roteiro de entrevista semiestruturada com profissionais atuantes na Clínica da Família no Rio de Janeiro em relação à pandemia de COVID-19.

Roteiro de entrevista para profissionais atuantes na USF que participaram da pesquisa intitulada “A percepção de profissionais de saúde sobre a implementação de um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 em uma unidade de Saúde no Rio de Janeiro”.

Nome do entrevistador:	Data da entrevista:
Código da entrevista:	
1. Iniciais do entrevistado:	
2. Qual é a sua profissão?: _____	
2.1. Qual é a sua função na USF: _____ () Prefiro não responder	
3. Há quanto tempo trabalha nesta função?: () <1 ano () >1 ano () Prefiro não responder	
4. Qual é o seu sexo? () Masculino () Feminino () Prefiro não responder	
5. Qual é a sua Idade? (em anos): _____	6. Como você se identifica em relação à Raça/cor?:
5.1. Qual é a sua Data de nascimento: _____	() Branca () Preta () Parda
() Prefiro não responder	() Amarela () Indígena
	() Prefiro não responder
7. Tem filhos? () sim () não () Prefiro não responder	8. Quantos filhos? _____
	() Prefiro não responder. () NSA
9. Qual é a sua Escolaridade?	
() Curso técnico () Curso Superior – Graduação	
() Especialização de nível Superior (duração mínima de 360 horas)	
() Mestrado () Doutorado () Prefiro não responder	
10. Qual é a sua renda familiar aproximada? _____ reais	
(o entrevistador depois escolhe uma das opções abaixo)	
() De 1 a 2 salários mínimos () De 3 a 4 salários mínimos	
() De 5 a 6 salários mínimos () Acima de 6 salários mínimos	
11. QUANTAS PESSOAS VIVEM DESSA RENDA? _____	
() Prefiro não responder.	

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre a sua percepção da implementação do plano de contingência na unidade durante a pandemia da Covid-19.

2. Na sua opinião, com relação aos serviços oferecidos na unidade, **que mudanças ocorreram após a implementação do plano de contingência?** Poderia descrevê-las?
3. **Na sua opinião, a setorização na USF (sintomáticos e não sintomáticos)** contribuiu para o fluxo do serviço da unidade? Poderia explicar sua percepção?
4. Na sua opinião, quanto à **d demanda por atendimento às linhas de cuidados prioritárias, houve alteração** após a implementação do plano? Poderia descrevê-las?
5. Com a implementação da **setorização na USF (sintomáticos e não sintomáticos)** você avalia que os **riscos de contaminação por covid** para os **pacientes das linhas de cuidados prioritários** foram **minimizados ou não houve diferença?** Poderia explicar sua percepção?
6. Na sua opinião, após a implementação do plano, os pacientes **não sintomáticos (demanda espontânea aguda)** tiveram os atendimentos preservados? De que forma?
7. **Durante ou após** a implementação do plano, **houve mudanças na composição da equipe?** Poderia descrevê-las?
8. A pandemia provocou **mudanças no trabalho em equipe da unidade?** Poderia descrevê-las? Os profissionais da **sua equipe adoeceram nesse período?** **Houve contratação de novos profissionais** para substituição dos que adoeceram/licenciaram?
9. Na sua opinião, **houve ruídos de comunicação interna durante a implementação do plano?** Poderia descrevê-los?
10. A USF recebeu mais equipamentos no decorrer da pandemia? (**Exemplo:** faceshield, N95, touca, capote) O que faltou?
11. Você recebeu **treinamento** adequado para o **manejo destes equipamentos/EPIs no decorrer da pandemia?** (Protocolos e treinamento em serviço). Você **teve dificuldades com esses equipamentos/EPIs?** Poderia descrevê-las?

12. Com a implementação do plano, havia material em quantidade suficiente no seu entendimento? (Termômetro e oxímetro de pulso, medicamentos e EPIs). O que faltou?
13. Você avalia que a criação da **equipe de resposta rápida (equipe específica para atuar com os sintomáticos)** contribuiu para o serviço? Poderia explicar de que forma? (**Organizou? Qualificou o fluxo?**).
14. Você avalia que a organização da **estrutura física da clínica para sintomáticos** - (estação 01 (acolhimento), estação 02 (escuta inicial), estação 03 (exame físico + anamnese) e estação 04 (estabilização e observação) - trouxe algum benefício para o serviço?. Poderia explicar de que forma?
15. Você acha que o plano de contingência contribuiu de alguma forma para o serviço? Poderia explicar de que forma?
16. **Tem mais alguma coisa** acerca da **implementação do plano de contingência** que você **gostaria de falar**, que **não** tenha sido **contemplado anteriormente**?

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde)

Título do Projeto: **“A percepção de profissionais de saúde sobre a implementação de um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 em uma Unidade de Saúde no Rio de Janeiro”**

Pesquisador Responsável: Maria Cassiana Dias da Silva

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: PROFSAÚDE - Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato do Pesquisador: (21) 98017-9027 E-mail: cassianadias@gmail.com

Nome do Participante:

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar da pesquisa intitulada **“A percepção de profissionais de saúde sobre a implementação de um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 em uma Unidade de Saúde no Rio de Janeiro”**.

O presente estudo visa compreender a percepção dos profissionais no atendimento primário à saúde prestado em uma Clínica da Família – Helena Besserman Vianna, em uma comunidade na cidade do Rio de Janeiro.

O principal benefício desse estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à assistência nos serviços de saúde. No entanto, há um benefício indireto aos profissionais participantes da pesquisa que é a compreensão de como a reorganização do processo de trabalho pode contribuir para o combate à pandemia, possibilitando melhores condições de atuação profissional.

A sua participação nesta pesquisa será responder a uma única entrevista individual, presencial, a ser realizada em seu turno/local de trabalho, em dia e hora previamente agendados com os entrevistadores e de sua melhor conveniência. O agendamento ocorrerá preferencialmente no período da manhã, antes do atendimento à população ou ao final do turno, sem prejuízo das suas atividades funcionais. As entrevistas serão realizadas na própria USF, não acarretando necessidade de deslocamento extra apenas para a participação na mesma.

Serão perguntadas informações sobre sua idade, ocupação, dados relativos à formação, tempo de experiência profissional e sua percepção sobre a implementação do plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 nesta unidade de saúde.

É importante ressaltar que o (a) Sr. (a) poderá sofrer algum desconforto emocional, pois as perguntas dizem respeito a situações vivenciadas durante a pandemia. Por este motivo, a entrevista poderá ser interrompida e/ou reagendada em outro horário que lhe seja mais conveniente.

Em decorrência de estarmos em situação pandêmica, serão seguidos todos os protocolos preconizados de segurança para evitar os riscos de contaminação/transmissão do vírus COVID-19 entre o (a) Sr. (a) e os entrevistadores.

Sua participação se dará de modo voluntário, sem o recebimento de nenhum tipo de pagamento, após leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao assinar o TCLE, o (a) Sr. (a) concorda com a gravação da entrevista, para facilitar a posterior transcrição e síntese dos conteúdos, sendo garantido o anonimato das informações gravadas.

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 a pesquisadora responsável Maria Cassiana Dias da Silva, através do contato telefônico (21) 98017-9027 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 também entrar em contato também com a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense pelo contato telefônico (21) 2629-9189, no endereço Rua Marquês do Paraná, 303, 4º andar, prédio anexo ao HUAP, Niterói, RJ ou pelo e-mail: etica.ret@id.uff.br e CEP-SMS/RJ - Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Rua Evaristo da Veiga (Instituição Coparticipante), 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br.

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 divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo a possibilidade de identificação dos participantes da pesquisa, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Assegura-se a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e garantimos que sempre serão respeitados os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando referidos ou observados. Todo material produzido durante as entrevistas será salvo e armazenado em “hard-drives” – HDs com acesso por senha, não sendo veiculados em nenhuma rede social ou distribuído de alguma forma em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. O material será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Não haverá gastos da sua parte ao responder a esta pesquisa. Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

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

Agradecemos muito a sua colaboração.

Data: _____, _____/_____/_____

Pesquisador: _____

Assinatura do Participante da pesquisa _____

ANEXO C - Termo de Anuência Institucional

Termo de anuência institucional - UNIDADE DE SAÚDE

A **Clínica da Família Helena Besserman Vianna** da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: “**A percepção de profissionais de saúde sobre a implementação de um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 em uma unidade de Saúde no Rio de Janeiro**”, sob responsabilidade da pesquisadora Maria Cassiana Dias Da Silva, discente do Programa de pós-graduação – PROFSAÚDE - Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal Fluminense.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento. Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Diretor/Gerente da Unidade

Alteração no atendimento das linhas de cuidados prioritários após a implementação do plano.	X			x	x				x					x	x			x			7
Alteração no atendimento dos pacientes não sintomáticos após a implementação do plano.	X	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x		x	x	x		15
Mudanças na composição da equipe durante ou após a implementação do plano.								X	x					x	x		x		x	x	7
Mudanças provocadas pela pandemia no trabalho em equipe.		X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	17
Problemas de comunicação internos após a implementação do plano.	X	x		x		x	x		x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	15
Oferta de material (termômetro, oxímetro de pulso, medicamento) em quantidade suficiente para atendimento dos pacientes após o plano.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20
Fluxo de recebimento de EPIs após o início da pandemia.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20
Oferta de treinamento para o uso de EPIs após o plano.	X	x	x	x					x	x	x				x			x	x	x	11
TOTAL DE NOVOS TIPOS DE ENUNCIADO EM CADA ENTREVISTA	13	1							1												-

x: recorrências; **X**: novo tipo de enunciado

ANEXO E - Análise Categorial do Texto – total de 236 Unidades de Registro (UR) no montante das 4 categorias

SUBCATEGORIAS/ TEMAS	Nº. UR/ TEMA	CATEGORIAS	Nº. UR/ CATEGORIA	% UR/ CATEGORIA*
Mudanças na organização dos serviços após implementação do plano.	20	<i>Plano de contingência e organização dos serviços e fluxos na USF</i>	124	52,5
Contribuição setorização entre sintomático e não sintomático no fluxo do serviço na unidade.	20			
Minimização dos riscos de contaminação por COVID para os pacientes da linha de cuidado prioritário.	19			
Avaliação da criação da equipe de resposta rápida.	20			
Avaliação do modo de organização da estrutura física da clínica para sintomáticos.	20			
Contribuição do plano de contingência para o serviço.	19			
Limitação da implementação do plano de contingência.	6			

Alteração no atendimento das linhas de cuidados prioritários após a implementação do plano.	7	<i>Implementação do plano e demanda espontânea, programada e linhas de cuidados prioritárias.</i>	22	9,3
Alteração no atendimento dos pacientes não sintomáticos após a implementação do plano.	15			
Mudanças na composição da equipe durante ou após a implementação do plano.	7	<i>Implementação do plano e a equipe.</i>	39	12,3
Mudanças provocadas pela pandemia no trabalho em equipe.	17			
Problemas de comunicação internos após a implementação do plano.	15			
Oferta de material (termômetro, oxímetro de pulso, medicamento) em quantidade suficiente para atendimento dos pacientes após o plano.	20	<i>Implementação do plano e os equipamentos e materiais</i>	51	21,6
Fluxo de recebimento de EPIs após o início da pandemia.	20			
Oferta de treinamento para o uso de EPIs após o plano.	11			

