

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
UNIRIO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP<sup>1</sup>**

**LARYSSA SILVA DOS SANTOS**

**PROCESSO DE TRABALHO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 À LUZ DOS  
ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Rio de Janeiro

2021

---

<sup>1</sup> Avaliador (a): Profa Dra Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa.  
Revista Norte Mineira de Enfermagem - [Submissões](#) | [Revista Renome](#)

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar as mudanças no processo de cuidado realizado pelas Equipes de Saúde da Família no período da pandemia de Covid-19, a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde, em um Centro Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Método:** Estudo transversal, qualitativo. Participaram 11 profissionais de saúde que atuam na unidade desde qualquer período anterior à pandemia de Covid-19. Foram realizadas entrevistas seguindo um roteiro com perguntas abertas. A análise de conteúdo temático-categorial foi empregada. **Resultados:** Emergiram três categorias temáticas, sendo: 1. características do território e ações interprofissionais; 2. impactos da pandemia no processo de trabalho da equipe e; 3. desafios do retorno integral às atividades. **Conclusão:** O processo de trabalho foi marcado por diferentes fases de mudança, associadas, sobretudo, à descontinuidade da implementação de atributos da Atenção Primária, o que pode implicar em redução da resolutividade neste ponto da Rede de Atenção à Saúde.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Continuidade da Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a APS é orientada pela Estratégia de Saúde da Família, modelo que marca uma mudança na prática clínico assistencial dos profissionais de saúde regida pela Política Nacional de Atenção Básica<sup>(1)</sup>.

A atuação nas equipes de Saúde da Família ocorre de forma interprofissional, intersetorial e considera os aspectos relacionados ao território e aos determinantes sociais da saúde. Na realidade brasileira, a APS apoia a redução das iniquidades a partir do momento em que atua como reordenadora do sistema e principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Evidências demonstram a efetividade da APS para a redução da mortalidade infantil e em crianças menores de cinco anos de idade<sup>(2-3)</sup>, e da mortalidade por causas cardiovasculares e cerebrovasculares entre adultos<sup>(4)</sup>; para a promoção da melhoria do acesso e da utilização dos serviços<sup>(5-6)</sup> para a diminuição das iniquidades<sup>(7-8)</sup>; para o aumento da satisfação com os serviços de saúde<sup>(9)</sup>; e traz impactos indiretos nos setores de trabalho e educação<sup>(10)</sup>.

O sucesso da APS se deve, em parte, pela organização a partir de seus eixos estruturantes, conhecidos como atributos. Tais atributos norteiam a prática assistencial e a gestão dos sistemas, sendo eles: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e a competência cultural<sup>(11)</sup>. Em publicações técnicas e científicas, os atributos da APS são comumente divididos em essenciais e derivados. No entanto, todos são igualmente importantes para a resolutividade neste ponto da RAS.

O acesso no primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde se refere à possibilidade de oferecer atendimento a qualquer indivíduo que procure a unidade de saúde, sendo esperado que atue de forma resolutiva e articulada com os outros pontos da RAS para garantir o cuidado continuado. A longitudinalidade consiste no atendimento regular e a longo prazo dos indivíduos, famílias e comunidades, fundado na existência da confiança mútua entre equipes de saúde e usuários.

A integralidade é a implementação, pelos profissionais da saúde, de ações e serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, cura, cuidado, reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros

pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam os agravos à saúde.

A coordenação da atenção visa articular os diferentes níveis de serviço e atenção à saúde para que o usuário seja completamente atendido em suas demandas em todos os pontos da APS, com o objetivo de reduzir a probabilidade de não resolubilidade, duplicidade do cuidado e medicalização excessiva.

A orientação familiar tem como objetivo integrar a família e o meio que o indivíduo está inserido ao cuidado, identificando quais características do contexto incidem sobre a saúde. A orientação comunitária é construída na relação das equipes com a comunidade e no levantamento de dados epidemiológicos para delimitar quais os agravantes e condicionantes presentes no território. Ademais, a competência cultural, se refere à adaptação dos profissionais da saúde às singularidades da população adscrita para potencializar a inserção na comunidade e favorecer a assistência<sup>(11)</sup>.

A pandemia de Covid-19 afetou de forma colossal o processo de trabalho das equipes na APS, não somente devido ao atendimento direto às pessoas acometidas pelo SARS-CoV-2, mas novas formas de realização do cuidado tiveram que ser propostas para garantir a efetivação dos atributos na prática clínica.

Frente à pandemia da Covid-19, iniciou-se a reflexão de como as equipes têm atuado na implementação dos processos de cuidados, já que os territórios apresentam diferentes determinantes sociais, muitos agravados no cenário da pandemia, como elevada taxa de desemprego e redução do acesso à alimentação adequada e questões relacionadas à saúde mental devido ao distanciamento social como medida de mitigação da transmissão do vírus.

Desse modo, o objetivo do presente estudo é identificar as mudanças no processo de cuidado realizado pelas Equipes de Saúde da Família no período da pandemia de Covid-19, a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde, em um Centro Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro.

## **MÉTODO**

Trata-se de estudo transversal, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da zona norte do município do Rio de Janeiro.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser profissional de saúde que trabalha nessa unidade desde qualquer período anterior ao início da pandemia de Covid-19, com idade

igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos os profissionais que estiveram de férias ou de licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados.

Foram recrutados enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, farmacêuticos e coordenador, que trabalham na unidade de saúde. Os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista presencial, individual, com cada membro das equipes que aceitou participar do estudo em dia e horário combinado.

As entrevistas seguiram um roteiro com questões abertas sobre as práticas de cuidado na APS, enfatizando as mudanças que foram ocasionadas associadas em face à pandemia de Covid-19. As perguntas foram elaboradas visando compreender a visão do profissional de saúde a respeito das particularidades do processo de cuidado aos usuários, as principais demandas do território, a rotina da UBS e a articulação com a comunidade, tendo como base os atributos da APS.

As entrevistas foram gravadas em áudio por meio de um celular *smartphone* e, posteriormente, transcritas. A coleta de dados ocorreu na própria unidade de saúde e foram respeitadas todas as medidas recomendadas para a mitigação da transmissão da Covid-19, a saber: uso de máscara cobrindo nariz e boca, manutenção de distanciamento de pelo menos 1,5m entre pesquisadoras e participantes, coleta de dados em ambiente arejado, higienização das mãos com água e sabão ou álcool em gel antes e após cada entrevista, higienização com álcool 70% do celular que será utilizado para a gravação de voz entre cada entrevista.

Após transcrição das entrevistas foi realizada análise de conteúdo temático-categorial segundo Oliveira<sup>(12)</sup>. Foram identificadas as Unidades de Registro (UR) e as categorias foram agrupadas segundo o tema.

### **Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal proponente e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 30 de agosto de 2021 sob parecer nº 4.940.771. Foram respeitadas as Resoluções 466/2012 e 510/2015 e suas subjacentes durante todas as etapas do estudo. Todos os participantes assinaram o TCLE em duas vias, uma ficou em posse da pesquisadora e outra em posse do participante.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 11 profissionais atuantes na Saúde da Família, sendo dois enfermeiros, dois agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, um farmacêutico, um médico e a gestora da unidade. A média de tempo de trabalho na mesma equipe foi de 35,6 meses.

A partir das entrevistas foram obtidas 164 unidades de registro divididas em 13 temas. Por meio da análise de conteúdo emergiram três categorias que serão descritas a seguir: 1. Características do território e ações interprofissionais; 2. Impactos da pandemia no processo de trabalho da equipe e; 3. Desafios do retorno integral às atividades.

### **Categoria 1: Características do território e ações interprofissionais**

Esta categoria reuniu 41 Unidades de Registro. Segundo os participantes o território caracteriza-se de forma mista, apresentando áreas de asfalto onde há menor vulnerabilidade e áreas com favelas onde há menor acesso à educação em saúde e baixa infraestrutura das residências. O saneamento básico configura-se como principal problema do território.

*“A gente tem duas classes. Tem a classe onde as pessoas têm casa de alvenaria, encanamento e esgoto tratado e a gente tem uma parte que é, que não é alvenaria, que não é tratado, não tem esgoto, na verdade a gente circula nos dois territórios...” (P1)*

*“Então não é só o problema do saneamento básico em si, tem problema da infraestrutura, rede de esgoto, fluvial e aquele rio lá, então isso aí também impacta na vida da pessoa.” (P5)*

O Centro Municipal de Saúde (CMS) possui 11 equipes de SF com média de 53 mil usuários cadastrados e foi relatado que por atender a dois bairros de grande dimensão territorial muitos usuários reclamam do deslocamento até a unidade. Os recorrentes confrontos do poder paralelo caracterizam-se como mais um dificultador do acesso.

*“Então, a equipe X [nome da equipe suprimido por questões éticas] é uma equipe que ela é muito longe da unidade, né. Então, quando os pacientes não vêm aqui com muita frequência, eles vêm realmente com muita queixa por o território ser muito longe eles não vêm por qualquer coisa, só algo com extrema necessidade.” (P1)*

*“Às vezes o paciente, por ser um território longe, muitos vêm a pé, o paciente não vem por causa do tráfego.” (P3)*

Além da unidade, não há outros serviços de saúde no território ou em região próxima, o que contribui para a realização de atendimentos na unidade que seriam melhor manejados em outros pontos da RAS. Assim, situações de urgência são comumente vivenciadas pelos profissionais, em que é realizado o primeiro atendimento e posteriormente encaminhado a outros pontos da RAS.

*“Aqui é uma atenção primária, porém como não existe UPA [Unidade de Pronto-Atendimento] e nem hospital próximo eles sempre nos procuram.” (P6)*

*“Então a gente faz o atendimento e solicita a ambulância pra poder tá prestando esse serviço que a gente não consegue dá, uma coisa mais emergente.” (P9)*

Além do atendimento às urgências e emergências, o cuidado ofertado antes da pandemia compreendia ações de prevenção de agravos. As equipes discutiam sobre saúde e seus determinantes com os usuários, realizavam visitas domiciliares (VD) às famílias que necessitavam de olhar mais urgente e com limitações na locomoção. Ainda, eram organizadas atividades coletivas, como por exemplo grupos focados em discutir a amamentação ou com o objetivo de atingir a população com hipertensão, para fortalecer o vínculo e promover estratégias de educação em saúde.

*“Então, a gente tirava um dia pra fazer as VD e tentava pegar umas quatro ou cinco famílias num dia só, as mais necessitadas no caso, que a gente via que tava no nosso sistema que a gente tinha que tá lá e fazendo alguma coisa por eles.” (P4)*

*“Eu acho que o principal é a falta de educação em saúde, porque as pessoas desconhecem muito os cuidados que têm que ter com a própria saúde, entendeu? É, se nós pudéssemos fazer um trabalho mais abrangente seria muito bom pra eles. Tem os grupos, nós estamos impossibilitados de fazer por conta da pandemia e isso é muito ruim, porque nos grupos podemos passar muitas informações pra eles.” (P7)*

O acolhimento, parte essencial no processo de cuidado da APS, foi extremamente prejudicado durante a pandemia de Covid-19, evidenciado na fala dos profissionais entrevistados, destacando-se nas respostas como diferencial na abordagem e na criação de vínculo entre paciente e equipe.

*“Sim, ficou bastante distante algumas coisas e é isso que estamos tentando resgatar porque esse cuidado se perdeu muito durante a pandemia, agora a APS tá começando a voltar com essas coisas, cuidado mais minucioso com a pessoa com Tuberculose, a pessoa só vinha uma vez por semana, o ACS só ia uma vez por semana e aqueles que também não vinham até o posto com medo de pegar, então esse cuidado ficou. com relação às gestantes muitas tiveram medo e a hanseníase e*

*muitos casos que estão lá fora vão voltar e a gente vai ver como estamos abaixo do cuidado mesmo.” (P9)*

## **Categoria 2: Impactos da pandemia no processo de trabalho da equipe**

Esta categoria reuniu 84 Unidades de Registro. As atividades mantidas na unidade durante a pandemia foram as de caráter emergencial, com foco na estabilização e posterior encaminhamento ao serviço de urgência e emergência da RAS. Com isso, os grupos da população que possuem afecções crônicas tiveram seu cuidado longitudinal interrompido, com exceção do seguimento das gestantes e das crianças menores de dois anos de idade por meio da puericultura.

As principais modificações das ações extramuros no processo de trabalho durante o período pandêmico foi a restrição das visitas domiciliares, por receio do profissional se contaminar ou pelo medo de ser veículo de transmissão e contaminar o usuário e sua família.

*“As VD suspensas afetam bastante de forma negativa, porque assim nem sempre as pessoas vêm procurar atendimento, as vezes a gente consegue vê o que tá acontecendo, principalmente, quando vai no território.” (P9)*

Para minimizar os efeitos desse distanciamento entre profissionais e usuários, a equipe adotou estratégias de cuidado por meio remoto, como a Telessaúde, utilizada sobretudo pelos profissionais que compõem o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e pelos ACS.

*“Principalmente pros acamados, sempre tivemos essa preocupação então criamos esse contato via whatsapp®, de passar seu próprio contato, principalmente os ACS, né. Dá seu número próprio, ó precisou fala com a gente, entra em contato com a gente.” (P4)*

As principais atividades internas suspensas foram os atendimentos programados na forma de consultas de rotina.

*É uma população que hoje em dia a maioria das pessoas são hipertensas, mas a consulta está retornando agora, antes era só atendimento de demanda e renovação de receita, O cuidado das gestantes foi normal, elas tiveram todo apoio, não houve muitos casos de gestante com covid-19. As primeiras consultas do neném seguiram normais, mas depois só se fosse demanda urgente. A demanda espontânea foi suspensa, só atendimento COVID, depois retornou.*

O uso de EPI foi fator relatado como dificultador no cuidado, pela questão dos usuários muitas vezes não quererem utilizá-los, atrelado a questão que muitos não tinham acesso às máscaras.

*“É muito difícil você ter que usar máscara, é muito incômodo, no início trocava a cada duas horas, aí pra quem trabalha e tem a máscara é fácil e pra quem não*

*tem? Essa máscara não era disponibilizada para todo mundo, já era difícil pôr na cabeça das pessoas que a máscara, a higiene da mão, passar o álcool, né. No início usamos MUITA face shield, máscara o tempo todo, mas com tempo passando as pessoa vão desacreditando a mídia mostra muita coisa o que pode ou oque não pode, e muitas vezes a pessoa acaba acreditando o que a mídia dizia.” (P1)*

Ao ser iniciada a campanha de vacinação contra a Covid-19, o processo de trabalho da equipe teve que ser novamente reorganizado. O grande envolvimento direto da equipe de enfermagem e dos ACS nesta ação os afastou das outras atividades implicadas no cuidado comunitário e longitudinal. Somando-se a isso, outra dificuldade vivenciada na campanha de vacinação contra a Covid-19 foi a infodemia a que a população foi exposta, nem sempre contendo informações verdadeiras ou apoiadas cientificamente, causando a dificuldade de atingir a meta ideal de vacinação e exigindo modificações recorrentes na organização das ações implementadas pelas equipes de saúde.

*“Porque agora tá sendo foco a vacinação para diminuir os casos, então conforme vai diminuindo a idade aumenta a população, por exemplo agora que antecipou a D2 acima de 17 anos ta ficando muito cheia a unidade, segunda feira ficou o dia todo de fila aqui na unidade, conforme ta diminuindo a faixa etária eles estão procurando bastante, a gente até fica feliz em relação a isso.” (P3)*

*“Nunca faltou vacina pra gente aqui, mas exemplo a Pfizer® são seis doses no vidro, se não completar seis doses não posso abrir, a Corona Vac® são 10 doses se não completar, não posso abrir a vacina. Ah, mas aí você pode me perguntar: existe a xepa da vacina? Nunca existiu xepa da vacina, aqui no posto, não sei nas outras unidades, abríamos conforme as pessoas iam chegando. na parte da manhã não ia abrindo, mas na parte da finalzinha da tarde ia abrindo conforme ia chegando, tem 10 vou abrir 10. não tem? volta amanhã. até porque não poderíamos jogar vacina fora.” (P1)*

Outro resultados que emergiu a partir da análise qualitativa foi a baixa adesão a outros imunobiológicos estabelecidos no calendário nacional de vacinação, seja por medo das pessoas em frequentar a unidade ou pela baixa sensibilização dos profissionais junto aos usuários.

*“Porque a vacina não parou e outras pessoas não pararam. Outros calendários vacinais foram deixados de lado durante a pandemia.” (P9)*

Em face à pandemia de Covid-19, houve superlotação dos serviços de saúde, incluindo a APS, que foi compreendida como serviço de atendimento de sintomas agudos.

*“Atenção primária eu acho que ela sofreu muito, porque as pessoas querem procurar o primeiro lugar que elas encontram de am unidade de saúde, então a pessoa vem com um problema de emergência em uma unidade básica que não tem*

*condição de da suporte a vida dessas pessoas e aí a gente não pode negar o atendimento, então eles lotavam muito as unidades de atenção básica, tá?” (P7)*

Apesar de tantos desafios, um aprendizado relatado pelos participantes se refere à necessidade de olhar para as pessoas de forma integral, ou seja, findar o modelo biomédico e apoiar o cuidado na assistência humanizada e pautada na avaliação de todos os determinantes e condicionantes de saúde dos usuários, família e território.

*“A gente tem que olhar a pessoa como um todo, ajudar o ser humano da maneira possível, isso que tem que ficar com os profissionais e para as pessoas como um todo.” (P9)*

### **Categoria 3: Desafios do retorno integral às atividades**

Esta categoria reuniu 42 Unidades de Registro. As atuais demandas da população residente no território abordado são voltadas para cuidados com gestantes, puericultura, acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes. Além disso, a prevalência de pessoas vivendo com HIV e a incidência de tuberculose são elevadas na área.

*“Então, a gente priorizou o cuidado com as gestantes e a puericultura. O que você perguntou? É isso, a gente priorizou esse grupos, é. Paciente com TB ou HIV isso a gente manteve.” (P11)*

A crescente necessidade de tratamentos que envolvem o uso de remédios psiquiátricos merece atenção no momento atual de enfrentamento à pandemia na unidade.

*“Isso aumentou bastante, bastante [dispensação de medicamentos controlados pela farmácia]. Porque o que acontece, nós temos aqui uma saída que todo mês dou a gerente de quantos comprimidos que saíram de determinado medicamento, a carbamazepina em outubro saiu mais de 1000 comprimidos, fluoxetina é um medicamento que aqui sai bastante, isso aqui é receita de hoje olha, 8 só hoje, só hoje. Esse foi o de ontem, 5. Esse de segunda, então esse aqui foi da semana passada, entendeu. Isso é uma grande saída. O médico prescreve direito, problema que o número de pacientes atendidos na unidade com síndrome de pânico e fobia isso aumentou, o pessoal tá com medo.” (P5)*

As diferentes fases da reorganização do processo de trabalho na unidade vêm ocorrendo desde o início da pandemia, no entanto, já haviam desafios a serem superados anteriormente. Principalmente por atender a uma população extensa, cuja demanda reprimida por atendimento já era uma realidade, atualmente a dificuldade em garantir acesso às ações longitudinais de cuidado foram exacerbadas. Os atendimentos programados como atendimentos em saúde da mulher e da criança, bem como o seguimento das pessoas com

doenças crônicas que apresentaram descompensação do quadro clínico exigiu novas configurações do trabalho da equipe.

*“Agora tá muito, muito mesmo, a demanda está reprimida, a gente tá tendo que trabalhar em fluxo para atender.” (P7)*

As dificuldades dessa retomada de atendimentos é evidenciada pelo número reduzido de profissionais na unidade, somando-se à elevada carga horária exigida nas ações relacionadas à vacinação. Ademais, durante a pandemia foram contratados novos profissionais que, no entanto, não conseguiram conhecer e se apropriar do território, o que limita as ações em saúde por não conhecerem as peculiaridades e subjetividades locais.

*“Tá suspenso, né [em referência ao processo de territorialização]. Por conta da pandemia não está sendo feito, eu por exemplo não conheço as famílias do meu território, deve retornar as VDs por agora. Então, a gente já reclamava na gestão municipal [termo modificado por questões éticas], muito antes da pandemia, do fato do técnico ficar muito preso nos setores ou é vacina, ou é procedimento e as vezes não sobrava o tempo devido pro território e agora com pandemia mais ainda.” (P8)*

O distanciamento da equipe com o território foi apontado por um participante como um desafio ao processo de cuidado.

*“Estamos indo pra rua, voltando de novo tudo que era, mas assim com um território totalmente desorganizado. Muita coisa, Muita coisa. (P1)*

## **DISCUSSÃO**

O objetivo do trabalho foi reconhecer quais foram as mudanças no processo de cuidado vivenciadas pelas equipes de saúde da família durante a pandemia de Covid-19. Os atributos da APS foram utilizados para discussão dos achados do estudo.

A partir das entrevistas realizadas, observa-se que o acesso no primeiro contato do usuário e a longitudinalidade foram os atributos da APS mais lesados durante a pandemia de Covid-19.

Os discursos dos participantes mostram que, mesmo com a reorganização do processo de trabalho para potencializar o atendimento às pessoas com síndrome gripal, não foi possível sustentar a sua característica de fácil acesso, já que houve necessidade de limitar a circulação de pessoas na unidade para impedir que houvesse aglomeração e propagação do novo coronavírus.

A suspensão dos atendimentos às pessoas com condições crônicas aponta para possíveis prejuízos na longitudinalidade, em especial junto às pessoas com hipertensão e diabetes<sup>(13)</sup>, mas não apenas. Os efeitos da interrupção do acompanhamento aos usuários e suas famílias será vivenciado por muito tempo, tanto no âmbito da saúde física, relacionado diretamente com a evolução das patologias ou diagnóstico tardio de comorbidades, quanto no que tange aos aspectos relacionados à saúde mental. Mesmo mantendo o cuidado longitudinal para alguns grupos da população, o acesso regular ao serviço de saúde foi prejudicado.

Apesar disso, alguns relatos mostram que a parcela de seu viés resolutivo foi preservada, não efetivamente como em situações habituais, mas que parte do trabalho foi cumprido e que a situação só não foi demasiadamente caótica, pois a APS conseguiu oferecer suporte em alguns primeiros atendimentos<sup>(14)</sup>

Entretanto, o cuidado em situações de urgências e emergências na APS só é possível em rede, de forma articulada, situação que a pandemia impôs novos desafios. A superlotação dos serviços hospitalares, bem como das unidades de pronto-atendimento causou dificuldades na transferência de usuários e, conseqüentemente, no atributo da coordenação do cuidado<sup>(14)</sup>

Além disso, o medo da população em adoecer por Covid-19 levou à esperas longas na procura por atendimento.

A APS merece destaque pela resolutividade e foco nas ações preventivas e de promoção da saúde, considerando os fatores que determinam as condições de vida da população e estão diretamente ligados à saúde. No entanto, durante a pandemia, ações de promoção em saúde foram suspensas, já que os grupos de educação em saúde e atividades coletivas não puderam ser realizados.

Nota-se que o foco do trabalho da equipe passou a ser dentro da unidade, em especial, por meio dos atendimentos individuais, um pouco em consultas programadas e majoritariamente por meio de acolhimento por demanda espontânea. Nesse sentido, a abordagem familiar e comunitária foi reduzida durante os processos de cuidado.

Independente da pandemia de Covid-19 o processo de trabalho estava sendo reorganizado para atender às orientações do cadastro individual - em detrimento do familiar - com vistas à garantia do financiamento da APS, que desde janeiro de 2020 passou ser regido pelo Programa Previne Brasil<sup>(15)</sup>. Dentre outros graves prejuízos à APS, o referido Programa exacerba a implementação de processos de cuidado baseados no indivíduo, e não no sujeito,

sua família e comunidade, o que prejudica a implantação de ações voltadas para o território e para as populações que ali vivem.

O atendimento individual por meio de ações clínicas é fundamental para a longitudinalidade do cuidado, no entanto, as ações coletivas, comunitárias e de apoio a outras políticas sociais também são parte do processo de cuidado instituído na APS<sup>(16)</sup>. Apesar do acesso crescente à cobertura da Saúde da Família, especialmente às populações em situação de risco<sup>(17)</sup>, grandes desafios quanto ao tamanho da população adscrita nos territórios e ao subdimensionamento das equipes são vivenciados diariamente. O presente estudo evidencia a preocupação dos profissionais no acesso às ações e serviços de saúde, em especial considerando-se a vulnerabilidade social que determina as condições de vida.

Em um contexto de desfinanciamento do SUS e de implementação de políticas públicas pautadas no neoliberalismo, associados à pandemia, é crescente o cenário de desemprego, perda de moradia e ampliação do uso de remédios psicotrópicos<sup>(18)</sup>. Tal realidade produz impactos no processo de cuidado implementado pelas equipes na APS, que requer reestruturação de processos de trabalho e gerenciais, mas que, ainda, estão tendo como foco o indivíduo, reduzindo a importância da abordagem familiar.

No que se refere ao território, o estudo demonstra o afastamento gerado a partir das mudanças necessárias para o enfrentamento à pandemia entre os profissionais da APS e a comunidade. Novos profissionais desconhecem as reais condições de vida da população e o território vivo e pleno de interações que guia o planejamento das ações de saúde foi limitado a uma área geográfica. O olhar para o território apoia o processo de trabalho na APS, uma vez que considera aspectos culturais, ambientais, organizacionais, relacionais e solidários<sup>(19)</sup>. Neste estudo, relatos de “território desorganizado” confirmam a importância da orientação comunitária e da competência cultural para implementação do cuidado interdisciplinar e no alcance da resolutividade das ações.

Para minimizar os efeitos dessa distância entre os usuários, comunidade e equipes, a telessaúde contribuiu, ainda que na percepção subjetiva dos participantes, para a promoção da integralidade da assistência<sup>(20)</sup>. Por permitir contato direto entre profissional e usuário, essa estratégia contribuiu, ainda, na manutenção do vínculo, realização de consultas e orientações específicas, registro e acompanhamento de dados, processos de referência e contra referência nos serviços que compõem a RAS

Mesmo com a utilização da telessaúde, os integrantes das equipes precisam estar atentos às regulamentações que regem as profissões, aos cuidados relacionados à privacidade, às estratégias implementadas para a garantia da comunicação efetiva, o acesso aos meios eletrônicos, que não deve configurar uma barreira de acesso aos atendimentos e ao julgamento clínico profissional com vistas à identificação oportuna dos fatores limitantes da telessaúde e da resolutividade dessa ferramenta.

Ao ser iniciada a vacinação contra a Covid-19, mais uma vez a abordagem individual prevaleceu. O levantamento dos dados epidemiológicos, que configura parte da função da orientação comunitária, foi postergado, pois não havia tempo para realizar atualização de dados decorrentes de outros agravos de saúde, visto que o sistema de lançamento de dados acerca da vacinação Covid-19 ocupava períodos longos da coordenação e dos enfermeiros da unidade. Esse atraso dificulta o levantamento de possíveis campanhas de saúde visando a conscientização da população, reduz o olhar mais focado em outros agravos, deixando a APS debilitada sobre quais riscos seu território apresenta naquele momento.

É clara a sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde, uma vez que foram envolvidos diretamente nas ações de vacinação e de primeiro atendimento aos sintomáticos respiratórios. Especificamente na enfermagem, além das atribuições assistenciais, o escopo de trabalho envolve práticas gerenciais, educacionais, e de vigilância em saúde, acontecendo na APS de forma simultânea e articulada com os demais pontos da RAS. Esses diferentes núcleos de trabalho têm levado a enfermagem a assumir um papel central na consolidação da APS, sobretudo, pelo potencial inovador, criativo e versátil<sup>(21)</sup>.

Apesar dos resultados e discussões apontadas, este estudo possui limitações. O baixo número de participantes ocorreu devido à alta rotatividade na unidade e à sobrecarga de trabalho, levando à exclusão de profissionais no recrutamento ou ao não aceite em participar da pesquisa. Além disso, não foi realizada a verificação das interpretações das entrevistas transcritas junto aos participantes.

Este estudo aponta, portanto, que os impactos da pandemia na APS no que se refere ao cuidado aos usuários, famílias e grupos da população. Evidencia-se diferentes fases de reorganização do processo de trabalho tendo em vista o enfrentamento da pandemia de Covid-19, e tais impactos serão, possivelmente, observados durante muito tempo. A principal contribuição desta pesquisa consiste em resgatar os atributos da APS de forma a apoiar o

planejamento das ações para recomeçar uma história de um APS forte, pautada na Estratégia de Saúde da Família, tendo como bases a integralidade, a longitudinalidade, a atenção no primeiro contato, a coordenação, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Reassumir a essência da APS é urgente e imperativo para a ampliação da resolutividade e garantir o acesso à saúde como direito para todas as pessoas.

## **CONCLUSÃO**

O processo de trabalho e de cuidado na APS em face à pandemia de Covid-19 tem sido marcado por diferentes fases de mudança, sendo experienciado pelos profissionais, sobretudo a sobrecarga de trabalho, a suspensão de ações básicas e a desvinculação com o território. Resgatar a essência da APS por meio de seus atributos é urgente para garantir a ampliação da resolutividade nesse ponto da RAS e do acesso à saúde.

**REFERÊNCIAS**

1. Política Nacional de Atenção Básica - PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017
2. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014;349: g4014.
3. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health* 2009 January; 99(1):87-93.
4. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A (2017). The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS ONE*12(8): e0182336.
5. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014;349: g4014.
6. Macinko, James, and Maria Fernanda Lima-Costa. "Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008." *International Journal for Equity in Health*, vol. 11, no. 1, 21 June 2012. Gale Academic OneFile. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/7663>
7. Dourado et al. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *International Journal for Equity in Health* (2016) 15:151 DOI 10.1186/s12939-016-0440-7
8. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ.* 2010 Sep;19 Suppl:126-58. doi: 10.1002/hec.1607. PMID: 20803631.
9. Macinko J., Mendonça CS. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. *SAÚDE DEBATE* | Rio de Janeiro [internet]. 2018 [citado em 25 nov 2021]; V. 42, número especial 1, P. 18-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt>
10. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012;17:36-42.
11. Shei A. Brazil's conditional cash transfer program associated with declines in infant mortality rates. *Health Aff.* 2013; 32(7):1274–81

12. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ. Rio de Janeiro [internet]. 2008 [citado em 16 out 2021]; 16(4):569-76. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512081>
13. Figueiredo JVM. A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO NA PREVENÇÃO DE AGRAVO. Belém, Pará. 2018.
14. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, 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 2020; 36(6):e00104120
15. Programa Previne Brasil - Portaria Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 - Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário oficial da união.
16. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella G. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 5, P. 137-144, DEZ 2019
17. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2016 [citado em 14 dez 2021]; 21(2): 327-338. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y3vTNkgw5FkM5nkqQchQzjh/abstract/?lang=pt>
18. Oliveira, F.P.D, Santos, F.M.P, Dallaqua, B. 2021. Consumo de psicotrópicos em meio a pandemia do Sars-CoV-2. Rio de Janeiro [internet]. 2021 [citado em 02 dez 2021]; Pubsáude, a187. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaud7.a187>
19. Pessoa, V. M., Rigotto, R. M., Carneiro, F. F., & Teixeira, A. C. D. A. (2013). Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 18, 2253-2262.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARSCoV-2). Diário Oficial da União; 2020.
21. Ferreira, SRS, Mai S, Périco LAD, Micheletti VCD, Rosa JS. Reflexões sobre o escopo do trabalho da enfermeira na atenção primária à saúde: contribuições do grupo de estudo do DAPS-ABEn-RS. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2020 citado em 16 jun 2021]. Disponível em: [https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/E-book\\_DAPS-ABEn-RS.pdf](https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/E-book_DAPS-ABEn-RS.pdf)