



**FUNDAÇÃO
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
MATO GROSSO DO SUL**



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)

CAMPUS TRÊS LAGOAS (CPTL)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* - ENFERMAGEM

MARISTELA RODRIGUES MARINHO

**TRABALHO, GESTÃO E CAPACITAÇÃO NA PANDEMIA DA COVID-19:
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

TRÊS LAGOAS

2021



MARISTELA RODRIGUES MARINHO

**TRABALHO, GESTÃO E CAPACITAÇÃO NA PANDEMIA DA COVID-19:
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem do *Campus* Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva: Saberes, Políticas e Práticas na Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliana Dias Reis Pessalacia

TRÊS LAGOAS

2021

FINANCIAMENTO

A pesquisa contou com apoio financeiro da chamada Fundect n.º 08/202, Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) e faz parte de um projeto maior denominado “Impacto de ações voltadas para a promoção da aceitabilidade, adesão e cumprimento de medidas de prevenção e controle da COVID-19 em Mato Grosso do Sul”.

MARISTELA RODRIGUES MARINHO

**TRABALHO, GESTÃO E CAPACITAÇÃO NA PANDEMIA DA COVID-19:
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora de Qualificação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem do *Campus* Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovação em: ____ de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Juliana Dias Reis Pessalacia
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, *Campus* Três Lagoas.
(Presidente e Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Luciana Regina Ferreira da Mata
Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
(Membro Titular)

Prof.^a Dr.^a Inara Pereira da Cunha
Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser
(Membro Titular)

Prof.^a Dr.^a Bruna Moretti Luchesi
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, *Campus* Três Lagoas.
(Membro Suplente)

Prof.^a Dr.^a Tatiane Prette Kuznier
Universidade Federal do Paraná, *Campus* Curitiba.
(Membro Suplente)

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me conceder a vida e disposição para vivê-la intensamente.

A meus pais, Mario Roberto de Lima Marinho (*in memoriam*) e Deize Rodrigues Marinho, meus exemplos de honestidade e de humildade. Vocês são responsáveis pela pessoa que sou!

As minhas filhas, Emiliana Marinho Paschoal e Mayra Marinho Paschoal, e netos, Pedro Marinho Paschoal Marques, Davi Bondejam Paschoal e Lucas Bondejam Paschoal, aos quais desejo deixar inspiração para sempre lutarem por seus ideais.

A meu companheiro Marcelo Carreira pela paciência e pelo incentivo diante de dias e noites de estudo.

Aos meus colegas de turma e colegas de trabalho pelo incentivo e apoio.

Em especial, à amiga que fiz durante o mestrado, Priscila Kelly da Silva Neto, por sempre estar disponível para me orientar, ajudar ou mesmo somente me ouvir quando eu precisei desabafar. Jamais esquecerei sua amizade e seu companheirismo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem CPTL/UFMS pelos ensinamentos.

Aos membros da Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos (LACP) pelo compartilhamento de saberes e aprendizado neste período de convivência.

Aos membros da banca avaliadora, Prof.^a Dr.^a Luciana Regina Ferreira da Mata, Prof.^a Dr.^a Inara Pereira da Cunha, Prof.^a Dr.^a Bruna Moretti Luchesi, Prof.^a Dr.^a Tatiane Prette, que aceitaram avaliar meu trabalho e pelas contribuições oferecidas.

À minha professora orientadora Prf.^a Dr.^a Juliana Dias Reis Pessalacia pela amizade, pelo carinho, pela compreensão, ajuda e paciência. Agradeço todo o conhecimento que me ofereceu na elaboração deste trabalho.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental na resposta a surtos e epidemias, pois é a porta de entrada do sistema, constituindo-se importante pilar diante de situações emergenciais. **Objetivo:** Identificar e analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho e a gestão da APS durante a pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). **Metodologia:** Estudo de abordagem quantitativa, transversal analítico, tipo *Survey*, realizado em uma amostra aleatória de 259 profissionais atuantes na gestão e/ou na assistência, no âmbito da APS, nos estados de Mato Grosso do Sul (MS) e São Paulo (SP), no período de junho a outubro de 2020. Foi aplicado um questionário semiestruturado virtual para a obtenção dos dados sociodemográficos e com questões acerca das percepções dos profissionais sobre o trabalho e a gestão na pandemia. Foi realizada análise descritiva dos dados sociodemográficos e teste exato de Fisher para testar as associações. **Resultado:** A maioria era do sexo feminino (85,3%), profissionais de enfermagem (40,6%), idade média de 39,1 anos, nível superior (43,2%), atuantes na assistência direta (69,5%). Houve associação significativa entre vínculo trabalhista e categoria profissional ($p=0,0280$); imunização antecipada contra influenza e estado de atuação ($p=0,0306$); acesso a testes para detecção do vírus e estado de atuação ($p=0,0012$); tipo de máscara de proteção e função exercida ($p=0,0195$); tipo de máscara disponibilizada e categoria profissional ($p=0,0005$). A maioria dos profissionais não participou de capacitações: ACS e ACE (76,6%), auxiliares/técnicos de enfermagem (45,2%) e nível superior (26,1%). Os cursos quando ofertados foram realizados no local de trabalho, com carga horária entre 15 e 30 horas, na metodologia a distância. Quanto a logística relacionada ao fluxo de atendimento e transporte, houve diferença entre a percepção dos profissionais que atuam na assistência e gestão ($p=0,05$), sendo a visão dos profissionais de gestão mais positiva. **Conclusão:** Os resultados demonstram as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da APS, tais como: falta de capacitação, deficiência de recursos humanos, deficiência de Equipamentos de Proteção Individual, estrutura física das unidades e logística inadequadas para atender à demanda. Portanto, políticas públicas e de gestão precisam ser implementadas, valorizando a APS e seus profissionais, garantindo capacitações, condições adequadas de trabalho e investimentos suficientes para o enfrentamento da pandemia.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Coronavírus. Saúde do Trabalhador. Educação em Saúde. Vigilância em Saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) has a fundamental role in the response to outbreaks and epidemics, as it is the system's gateway, constituting an important pillar in the face of emergency situations. **Objective:** To identify and analyze the perception of health professionals about the work and management of PHC during the Coronavirus Disease 2019 pandemic (COVID-19). **Methodology:** Study of quantitative approach, analytical cross-sectional, Survey type, carried out on a random sample of 259 professionals working in management and/or care, within the scope of PHC, in the states of Mato Grosso do Sul (MS) and São Paulo (SP), from June to October 2020. A semi-structured virtual questionnaire was applied to obtain sociodemographic data and with questions about the perceptions of professionals about work and management in the pandemic. Descriptive analysis of sociodemographic data and Fisher's exact test were performed to test associations. **Result:** The majority were female (85.3%), nursing professionals (40.6%), average age of 39.1 years, college level (43.2%), working in direct care (69.5 %). There was a significant association between employment and professional category ($p=0.0280$); early immunization against influenza and status of action ($p=0.0306$); access to tests for virus detection and performance status ($p=0.0012$); type of protection mask and function performed ($p=0.0195$); type of mask provided and professional category ($p=0.0005$). Most professionals did not participate in training: ACS and ACE (76.6%), nursing assistants/technicians (45.2%) and higher education (26.1%). When offered, the courses were held at the workplace, with a workload between 15 and 30 hours, using the distance learning methodology. As for the logistics related to the flow of care and transport, there was a difference between the perception of professionals working in care and management ($p=0.05$), with a more positive view of management professionals. **Conclusion:** The results demonstrate the difficulties faced by PHC professionals, such as: lack of training, lack of human resources, deficiency of Personal Protective Equipment, physical structure of the units and inadequate logistics to meet the demand. Therefore, public and management policies need to be implemented, valuing PHC and its professionals, ensuring training, adequate working conditions and sufficient investments to face the pandemic

Keywords: Primary Health Care. COVID-19. Coronavirus. Worker's health. Health education. Health surveillanc. Health management.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

- Tabela 1 - Associação entre estado de atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e acesso à imunização contra influenza e aos testes laboratoriais para a Covid-19 (n=259).41
- Tabela 2 - Associação entre tipo de máscara utilizada e função exercida pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (n=259).....42
- Tabela 3 - Associação entre o tipo de máscara, tempo de utilização da máscara cirúrgica, situações nas quais utiliza a máscara N95, tempo de utilização da máscara N95 e a categoria profissional dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (n=259). ..43

Artigo 2

- Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis de caracterização da amostra de profissionais da Atenção Primária à Saúde (n=259).....58
- Tabela 2 - Associação entre tipo e carga horária da capacitação ofertada segundo a categoria profissional.60

Artigo 3

- Tabela 1 - Infraestrutura das unidades de atendimento segundo o estado de atuação.....74
- Tabela 2 - Logística quanto à organização do fluxo de atendimento segundo o local de trabalho.75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate a Endemias
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Código Internacional de Doenças
Cipa	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIR	Comissão Intergestora Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COE	Centro de Operações de Emergência
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Covid-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPTL	<i>Campus</i> de Três Lagoas
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CFM	Conselho Federal de Medicina
DRS	Departamento Regional de Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
eAP	Equipe de Atenção Primária
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
Espii	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
Espin	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz

IgM	Imunoglobulina M
IgG	Imunoglobulina G
IgA	Imunoglobulina A
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
nCoV	Novo Coronavírus
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Panamericana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Imunização
Provab	Programa de Valorização da Atenção Básica
PS	Pronto-Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT-qPCR	Reação em Cadeia de Polimerase por Transcriptase Reversa Quantitativa
RNA	Ácido Ribonucleico
Sars-CoV2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
Seade	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SG	Síndrome Gripal
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Unicamp	Universidade de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
3	OBJETIVOS	26
3.1	OBJETIVO GERAL.....	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
4.1	TIPO DE ESTUDO	27
4.2	LOCAIS.....	27
4.3	CASUÍSTICA	Erro! Indicador não definido.
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
4.5	COLETA DE DADOS	29
4.6	METODOLOGIA DA ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
4.7	CONSIDERAÇÕES SOBRE A AMOSTRA	31
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	31
5	RESULTADOS.....	33
5.1	ARTIGO 1 - CONDIÇÕES DE TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19	33
5.2	ARTIGO 2 - FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ATUAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.....	51
5.3	ARTIGO 3 - GESTÃO DE SERVIÇOS NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19: ESTUDO TRANSVERSAL	66
6	CONCLUSÃO	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	

RES CNS/MS 466/2012	92
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO VIRTUAL SEMIESTRUTURADO NA PLATAFORMA GOOGLE FORMS	95
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	102
ANEXO B – NOTIFICAÇÃO 1	107
ANEXO C – NOTIFICAÇÃO 2	112
ANEXO D – NOTIFICAÇÃO 3	115

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, autoridades sanitárias chinesas identificaram casos de pneumonia de etiologia desconhecida. Com a possibilidade de uma nova zoonose ou surto grave de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), identificou-se, então, um Novo Coronavírus (nCoV-2) (CHOPRA *et al.*, 2019).

Os coronavírus são uma grande família, ao todo, sete Coronavírus Humanos (HCoVs) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoVHKU1, SARS-COV, MERS-COV e SARS-CoV-2 (OPAS, 2020). Sabe-se que vários causam infecções respiratórias, desde resfriado comum a doenças mais graves como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) e a SARS (WHO, 2020). Inicialmente, chamada de 2019 – n – CoV, a infecção provocada pelo Novo Coronavírus recebeu o nome oficial de COVID-19 (*Corona Virus Disease- 2019*) em 11 de fevereiro de 2020 (GOSTIN; FRIEDMAN; WETTER, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, o surto da doença devido ao Novo Coronavírus causador da COVID-19 foi considerado uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Constitui o mais alto nível de alerta da organização visando prevenir ou reduzir a propagação mundial (BRASIL, 2020a). Em 11 de março de 2020, a OMS caracterizou a COVID-19 como uma pandemia. A designação reconhece a distribuição geográfica da doença. Até a tarde do dia 5 de agosto de 2021 foram confirmados, no mundo, 200.174.883 casos de COVID-19 e 4.255.892 mortes (WHO, 2021). No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, foi publicada a Portaria Ministerial n.º 188 declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da infecção humana pelo nCoV-2019) (BRASIL, 2020b). O Brasil confirmou 20.066.587 casos e 560.706 mortes, conforme dados do painel coronavírus atualizado no dia 5 de agosto de 2021, às 19 horas e 25 minutos, estando 38,22% dos casos na região Sudeste, seguidos de 23,20% na região Nordeste, 19,37% na região Sul, 10,26% na região Centro-Oeste e 8,93% na região Norte, sendo a taxa de letalidade no Brasil de 2,8% (BRASIL, 2021a).

Informações sobre a história natural da doença e medidas de efetividade para o manejo clínico dos casos de infecção pelo Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) ainda não estão consolidadas e muitos detalhes ainda precisam ser esclarecidos. O que se sabe é que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca síndrome respiratória leve em 80% dos casos e casos graves entre 5 a 10%, sendo que essa taxa de letalidade está diretamente relacionada à faixa etária e condições clínicas preexistentes (BRASIL, 2020c).

O estado de Mato Grosso do Sul apresentou, até o dia 5 de agosto de 2021, 358.410 casos confirmados da doença e 9.026 óbitos (BRASIL, 2021a). Já no estado de São Paulo foram 4.094.211 casos confirmados da doença e 140.135 óbitos (BRASIL, 2021a).

O impacto ocasionado por um vírus de fácil e rápida propagação na população ocasiona mudanças nas rotinas dos serviços de saúde, gerando demanda excessiva nas unidades de saúde, falta de equipamentos e materiais, interferindo significativamente na saúde do trabalhador. O adoecimento e morte de profissionais da saúde têm sido observados em vários países como China e Itália (GALLASCH *et al.*, 2020).

A APS possui como princípios gerais a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e o atendimento resolutivo, tendo papel fundamental na resposta a surtos e epidemias, pois é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando na identificação precoce e encaminhamento rápido dos casos graves (BRASIL, 2020_d).

Organizada em equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) formadas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos/auxiliares de enfermagem, técnicos de saúde bucal, ACSs e ACEs e por equipes de Atenção Primária (eAP), compostas por médicos e enfermeiros, que acompanham mais de cem milhões de brasileiros, devendo estar organizadas em seus territórios para o enfrentamento da pandemia com atuação integrada entre APS e Vigilância em saúde (HARZHEIM *et al.*, 2020).

É fato que a pandemia por Covid-19 acarretou mudanças significativas no processo de trabalho das equipes que atuam na APS, reorganizando horários de atendimento, cancelando ações preventivas comunitárias que poderiam causar aglomerações, priorizando atendimentos de urgência e emergência sobre procedimentos eletivos. As visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) também passaram a ser feitas no peridomicílio e em casos de extrema necessidade (GOIS *et al.*, 2020).

Daumas *et al.* (2020), em seu artigo, refere que para salvar vidas diante da pandemia por Covid-19 além de garantia de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e respiradores, faz-se necessária a organização da rede de atenção, garantindo o acesso oportuno a esses leitos e a manutenção das linhas de cuidado para outros agravos a saúde.

A APS assume um papel importante como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede no contexto da pandemia e, para que seja possível desempenhar seu papel, precisa fortalecer seus atributos, por exemplo, o primeiro contato, garantindo o acesso oportuno aos diferentes pontos da rede de acordo com a classificação do risco, o acompanhamento longitudinal dos casos e o cuidado integral ao indivíduo com foco na sua família (XIMENES

NETO *et al.*, 2020).

Algumas ações são necessárias para que a APS possa garantir um atendimento seguro e de qualidade, tais como alocação de recursos financeiros suficientes para o atendimento das demandas da pandemia; dimensionamento de profissionais suficientes e qualificados; oferta de testes diagnósticos; exames complementares, medicamentos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em quantidade suficiente para atender à demanda; disponibilização de espaço físico adequado para o acolhimento do usuário; elaboração de protocolos e fluxos para a garantia de acesso a outros pontos da rede quando houver necessidade (SARTI *et al.*, 2020).

Atualizações sobre a transmissão da COVID-19 estão sendo contínuas. A transmissão da doença pode ocorrer diretamente, pelo contato com pessoas infectadas, ou indiretamente, pelo contato com superfícies ou objetos utilizados pela pessoa infectada. A maioria das transmissões ocorre de pessoas sintomáticas para outras, quando os EPIs não são utilizados adequadamente. É possível a disseminação a partir de portadores assintomáticos, embora se pense que a transmissão seja maior quando as pessoas são sintomáticas. Alguns pacientes podem transmitir a doença no período de incubação, geralmente 1 a 3 dias antes do início dos sintomas (BRASIL, 2020c).

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado por testes de biologia molecular do tipo Reação em Cadeia de Polimerase por Transcriptase Reversa Quantitativa (RT-qPCR), que permite identificar a presença do SARS-CoV-2 em amostras coletadas da nasofaringe até o 8º dia de início dos sintomas, devendo a amostra ser coletada, de preferência, entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas. Este é o teste laboratorial de escolha para o diagnóstico de pacientes sintomáticos na fase aguda. Também pode ser realizado por meio de testes sorológicos de detecção de anticorpos IgM, IgA e/ou IgG, que verificam a resposta imunológica do indivíduo em relação ao vírus, podendo diagnosticar doença ativa ou pregressa, sendo indicados a partir do 8º dia do início dos sintomas (BRASIL, 2020c). Testes sorológicos podem ajudar no rastreamento de contatos, vigilância sorológica e identificação de casos que podem ter tido contato com o vírus e, provavelmente, tornaram-se imunes. Contudo apresentam importantes limitações, visto que o uso desses métodos de diagnóstico depende da presença de anticorpos suficientes no soro, o que varia no tempo (SINHA; BALAYLA, 2020).

Como não está sendo possível, neste momento, ainda, atestar com segurança de 100% que a Síndrome Gripal (SG) seja ocasionada pelo SARS Cov-2 ou por outro vírus devido à limitação de testes, as condutas sugeridas são uniformes, devendo a APS identificar e estratificar casos graves (BRASIL, 2020c).

O protocolo brasileiro de manejo clínico do coronavírus na APS reforça a importância desse nível de atenção durante a ocorrência de surtos e epidemias por considerar que é a porta de entrada do SUS, que oferece um atendimento resolutivo, além de coordenar o cuidado na rede de atenção. O protocolo reforça a capacidade que a APS tem de identificar precocemente os casos graves e remanejá-los aos serviços especializados em tempo oportuno (BRASIL, 2020c).

Trabalha de forma integrada com a vigilância em saúde, identificando, no território de atuação das equipes, casos suspeitos, isolando-os precocemente para evitar a propagação da doença. Além de realizar ações de prevenção contra a COVID-19, mantém o acompanhamento longitudinal de pessoas identificadas como suspeitas, diminuindo, desse modo, o percentual de encaminhamentos a outros serviços, como prontos-socorros e hospitais. Tem um papel importante na organização e na coordenação do cuidado, especialmente porque aproximadamente 80% das pessoas apresentarão sintomas leves e permanecerão em suas casas (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Nesse contexto de tantas incertezas como da pandemia por COVID-19, tornam-se relevantes estudos que busquem investigar as percepções de profissionais de saúde quanto ao trabalho, gestão e capacitação da APS no período de pandemia. A proximidade dos dois Estados: Mato Grosso do Sul e São Paulo despertou interesse em analisar as diferenças existentes quanto as condições de trabalho, capacitação e gestão na percepção dos profissionais da APS dos referidos estados buscando subsídios para o aprimoramento da prática e das políticas públicas direcionadas à atuação da APS nessas conjunturas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Em 30 de janeiro de 2020, o surto da COVID-19 causada pelo SARSCoV-2, foi considerado uma Espin pela OMS. No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, foi publicada a Portaria Ministerial n.º 188 declarando Espin em decorrência da doença. Informações sobre a história natural da doença e medidas de efetividade para o manejo clínico dos casos de infecção pelo SARS-CoV-2 ainda não estão consolidadas e muitos detalhes precisam ser esclarecidos. O que se sabe é que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca síndrome respiratória leve em 80% dos casos (BRASIL, 2020a).

A transmissibilidade do SARS-CoV-2 ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminados, sendo que o período de incubação estimado é de 14 dias, com média de 5 a 6 dias. Já é conhecido que alguns pacientes podem transmitir a doença de 1 a 3 dias antes do início dos sintomas ou mesmo no período assintomático, embora a transmissão seja maior quando as pessoas são sintomáticas. Ainda não há informações se a infecção pelo vírus confere imunidade duradoura (BRASIL, 2020c).

Considera-se assim a pandemia da COVID-19 um dos maiores desafios sanitários do século XXI e a APS desempenha um papel fundamental como coordenadora do cuidado e organizadora de fluxos para o enfrentamento da situação epidemiológica brasileira, sobretudo, por considerar que 80% dos casos serão classificados como leves, os pacientes serão monitorados em seus domicílios e por ser a porta de entrada pela qual o sistema de saúde identificará precocemente os casos suspeitos da doença (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A APS é definida na Portaria Ministerial n.º 2436 de 2017 como:

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população e território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, p. 2).

Segundo Starfield (1992), a APS, também denominada Atenção Básica (AB), constitui-se na figura central à formulação e à implementação do cuidado às pessoas, sendo a equipe de saúde da família o provedor desse cuidado, devendo ser capaz de reconhecer os problemas relacionados à implantação dessa atenção e de promover a integração das ações realizadas a fim de obter o cuidado global ou integral.

Para enfrentar esse grande desafio e ser efetiva, a equipe de APS necessariamente envolve diversas categorias profissionais e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASL, 2017).

Além da atenção aos usuários com COVID-19, a APS desenvolve ações de vigilância em saúde nos territórios, identificando grupos de maior vulnerabilidade e ofertando suporte social por meio da identificação da rede de apoio social. As ações específicas da APS, como acompanhamento das situações crônicas e desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde, não devem ser deixadas de lado (MEDINA *et al.*, 2020).

A OMS, por meio de seu escritório regional, publicou, em junho de 2020, orientações técnicas contendo informações práticas para gestores do sistema de saúde, em que reconhece que a APS é a melhor instância para aumentar o impacto de medidas de saúde pública contra a COVID-19. Define cinco áreas importantes em que a APS pode atuar: informação aos pacientes e comunidade sobre a COVID-19; interrupção da cadeia de transmissão, identificando precocemente suspeitos e fazendo o isolamento domiciliar; ações de vigilância epidemiológica eficientes; identificação e proteção de indivíduos com maior vulnerabilidade ou com maior risco de agravamento e morte; e encaminhamento oportuno e adequado para testagem, isolamento domiciliar e internação (OMS, 2020).

Taiwan conseguiu controlar a epidemia com maior eficácia do que muitos outros países da região da Ásia-Pacífico com medidas que incluem um modelo de saúde primária que consiste em um local para respostas rápidas, incluindo educação, diagnóstico, isolamento e encaminhamento (CHANG; CHIU, 2020).

Semelhantemente, na Austrália, assim que iniciou a epidemia, em fevereiro de 2020, o ministro australiano anunciou um plano de resposta para a COVID-19 direcionado à APS, com objetivos claros de proteção a pessoas vulneráveis, preservando a capacidade do sistema de saúde, realizando a gestão eficaz de suspeitos, ofertando suporte e tratamento e realizando a gestão de equipamentos e insumos. Investiu recursos financeiros para garantir os cuidados primários, para hospitais e serviços de atendimento de idosos, aumentando o fornecimento de EPI e investindo recursos financeiros para pesquisa. Na resposta à COVID-19, na Austrália, reconhece-se que os profissionais que trabalham nesse nível de atenção precisam do mesmo suporte de proteção que os profissionais que atuam em ambientes hospitalares (KIDD, 2020).

No Brasil são recomendadas, pelo Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2020c), medidas para evitar contágio nas UBS, tais como lavar as mãos com frequência e com técnica correta, uso de máscara cirúrgica pelos profissionais e por pacientes que apresentarem SG, uso de máscara N95/PPF2, luvas de procedimento, óculos ou

protetor facial e aventais descartáveis quando o profissional for realizar procedimentos produtores de aerossóis e limpeza e desinfecção de objetos e superfícies tocados. Procedimentos que geram aerossóis, por exemplo, atendimentos odontológicos, devem ser evitados e, quando necessários, com as devidas precauções, como uso de máscara N95 e desinfecção da sala após o procedimento.

Medina *et al.* (2020) descrevem a necessidade de enfrentamento da pandemia no Brasil por meio de gerenciamento de risco nos âmbitos nacional, estadual, municipal e local, identificando no território de atuação da equipe de APS os casos leves e a população vulnerável que necessita ser acompanhada. Para que ocorra a interrupção da cadeia de transmissão da doença, pacientes assintomáticos precisam ser identificados, havendo o monitoramento dos indivíduos com SG e o rastreamento dos contatos imprescindíveis para o controle da doença, além do rastreamento de populações de alto risco, especialmente em um espaço confinado, como as ILPI (MORAES *et al.*, 2020).

O manejo dos casos de COVID-19 na APS dar-se-á a partir da identificação dos casos suspeitos de SG, que deve ocorrer já na recepção da Unidade Básica de Saúde (UBS) por profissional capacitado e em uso de EPI, seguida da estratificação de risco que será realizada após atendimento por profissional médico e/ou enfermeiro. Enquanto aguarda o atendimento, o suspeito deve ser colocado em espaço físico isolado dos demais pacientes, arejado e com janelas abertas (BRASIL, 2020c).

O guia de vigilância do Ministério da Saúde (MS) de 2020 define o rastreamento como uma medida de saúde pública para diminuir a propagação da doença identificando novas infecções resultantes da exposição de um caso conhecido e reconhece as equipes de saúde das unidades da APS primordiais para a execução desse trabalho em parceria com a equipe da vigilância. Sugere-se o que rastreamento seja realizado pela equipe multiprofissional composta por membros da APS e vigilância, sendo considerada uma oportunidade de efetivar a integração entre as equipes e com atuação da equipe de ACS nas ações de rastreamento (BRASIL, 2020c).

As equipes devem fazer o manejo clínico da SG de acordo com a gravidade dos casos, sendo que para casos leves devem ser preconizados o isolamento domiciliar e o monitoramento a cada 24 ou 48 horas, o que pode ser feito por telefone ou presencialmente pela visita domiciliar até a alta, devendo o monitoramento ser registrado em prontuário. Casos graves devem ser estabilizados e transferidos para serviços de referência na rede de atenção à saúde. Embora o modelo de atenção à saúde brasileiro, com seu enfoque territorial e comunitário, contribua e tenha um papel importante na rede assistencial, deve estar integrado com a rede de urgência/emergência, hospitalar e de transporte sanitário para garantir um cuidado oportuno

(BRASIL, 2020c).

É fato que grupos mais frágeis e vulneráveis, como idosos, gestantes, portadores de comorbidades, devem ser priorizados e necessitam de apoio, proteção e segurança, devendo a equipe APS considerar ações específicas a esses grupos que, em diversas situações, encontram-se isolados, sem apoio de rede social e com autonomia limitada, responsabilizando-se pela educação em saúde e orientando medidas para evitar a infecção por Covid-19 e garantir o convívio social seguro, essas ações devem ser feitas estabelecendo parcerias com outras instituições governamentais e não governamentais (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Outra ação que deve ser preservada pelas equipes da APS durante a pandemia é o acompanhamento de condições crônicas e as ações de promoção e prevenção em saúde, visto que, se essas forem suspensas, pode aumentar a morbimortalidade por essas causas, o que iria gerar um impacto significativo na demanda hospitalar, ocupando leitos que neste momento devem estar disponíveis para COVID-19 (DAUMAS *et al.*, 2020).

Diante da pandemia e da necessidade de isolamento, a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde da APS é uma ferramenta importante para manejo e vigilância ativa e continuada dos casos (TEIXEIRA *et al.*, 2020). A utilização da estratégia de teleatendimento também é justificada quando se analisam o risco de transmissão da doença nos serviços de saúde e os custos para a implantação das normas de biossegurança (DAUMAS *et al.*, 2020).

Com o objetivo de diminuir a contaminação, alguns países vêm adotando a mudança na metodologia da consulta, incluindo em sua rotina a consulta remota feita por equipamentos multimídia e celulares, fazendo com que os médicos sejam confrontados não só com uma nova doença, mas também com uma nova maneira de interagir e cuidar dos pacientes (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020).

Em caráter excepcional e temporário, as ações de telemedicina, de interação a distância contemplando atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico foram autorizadas pelo MS por meio da Portaria n.º 467, de 20 de março de 2020, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da Espin decorrentes da epidemia de COVID-19, considerando garantir a integridade, segurança e o sigilo das informações. Os registros devem ser feitos em prontuário clínico (BRASIL, 2020d).

Para entender e monitorar o curso de uma pandemia como a da COVID-19, faz-se necessário dados fidedignos de atendimentos e notificações, por este motivo é recomendado que os clínicos que atendem esses casos utilizem registros com códigos padronizados (LUSIGNAN; WILLIAMS, 2020).

No Brasil, o Manual de Manejo clínico do MS padroniza o registro e recomenda a

utilização de códigos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID), possibilitando uma série histórica na APS (BRASIL, 2020c).

Diante do exposto, entende-se que, para a contenção da transmissão comunitária e para que as ações de enfrentamento da pandemia se concretizem, é necessário garantir o respaldo financeiro e o apoio logístico, sendo responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. A elaboração de planos de contingência estabelece ações claras e concretas, especialmente a alocação de recursos necessários para a execução, ampliação e qualificação dos profissionais, garantindo-se equipamentos, insumos e *internet* nas UBS (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Outra iniciativa que tem sido considerada como um dos pilares para o combate à doença é a vacinação. Várias vacinas têm sido desenvolvidas no mundo e algumas licenciadas para uso emergencial. Utilizam de tecnologias diversas no desenvolvimento das mesmas a saber: vacinas de Ácido Nucleico (DNA, RNA), vacina de vetor viral, vacina à base de proteínas, vacinas de vírus inteiro, seja atenuado ou inativado. A OMS e OPAS recomendam a vacinação como serviço essencial e estratégias para vacinar a população têm sido utilizadas pelos municípios como a vacinação casa a casa, unidades móveis, *drive thru*, entre outras. Foi recomendada a vacinação prioritária de profissionais com o objetivo de garantir a continuidade dos serviços essenciais, seguidos dos grupos de maior vulnerabilidade, como idosos, gestantes e pessoas com condições crônicas (OPAS, 2020).

Cabe ressaltar que a OMS recomenda afastamento dos profissionais que pertencem a grupos com uma predisposição para pior resposta à COVID-19, sendo considerados como grupos de risco ter idade superior a 60 anos, diagnóstico de imunossupressão ou doenças crônicas e gestantes. Os principais fatores de contaminação dos trabalhadores na China relatados foram a proteção inadequada e o desconhecimento quanto ao patógeno no início da pandemia, sendo posteriormente relacionado à intensificação da jornada de trabalho com diminuição de pausas e descansos e a insuficiência de EPIs (GALLASCH *et al.*, 2020).

O adoecimento dos profissionais, podendo acarretar redução de recursos humanos, é outra preocupação relatada no documento do MS “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais”, visto que tal fato poderá comprometer a qualidade e a resposta dos serviços de saúde. Em momentos de falta de recursos humanos e diante da situação de pandemia, profissionais podem ser requisitados a desempenhar atividades que não fazem parte da sua rotina, aumentando, assim, o risco de exposição e transmissão da doença. Capacitações são necessárias para todos os trabalhadores sobre o uso correto de EPIs, fatores de riscos, manejo do paciente, medidas de prevenção e controle, além da elaboração e disponibilização de normas e rotinas de

procedimentos (BRASIL, 2020e).

Entretanto, no Brasil, o planejamento da alocação de recursos necessários para operar o sistema de saúde e avaliar o risco de infecção associado ao trabalho ainda é pouco discutido. Faz-se necessária a discussão de medidas organizacionais em cada âmbito do trabalho para garantir a saúde do trabalhador (JACKSON FILHO *et al.*, 2020).

No enfrentamento da pandemia de COVID-19 são importantes estratégias de valorização do SUS e de seus profissionais para que a população reconheça a importância do sistema de saúde e de seus trabalhadores. Esse reconhecimento e o fato de saberem que a família está segura e que a sociedade valoriza o seu trabalho fazem com que profissionais enfrentem a difícil tarefa à qual estão submetidos (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A estratégia brasileira de implementação de hospitais de campanha para suprir a insuficiência de infraestrutura faz com que haja uma contratação em larga escala de profissionais, causando precariedade de vínculos trabalhistas. Alguns cursos da área da saúde, como medicina e enfermagem, adiantaram a sua conclusão, fornecendo diplomas para que os novos profissionais pudessem preencher as novas vagas de trabalho. Tais medidas, embora necessárias, geram problemas, pois os novos profissionais desconhecem regras institucionais e são inexperientes, demandando esforço maior para capacitação dos mesmos (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Medidas de controle de engenharia, destinadas aos processos e ambientes de trabalho, também são consideradas pelo MS para diminuir a propagação e concentração de agentes infecciosos, protegendo não só o profissional, como também os pacientes. Essas medidas estão relacionadas à instalação de espaço físico para acolhimento do caso suspeito, provimento de lavatório/pias, dispensador de sabonete, suporte para papel-toalha, lixeiras com pedal, instalação de dispensadores com álcool 70%, ambientes arejados, instalação de barreiras físicas, como placas de vidros, acrílicas ou janelas para atendimento administrativo dos usuários e pacientes (BRASIL, 2020e).

Diante da pandemia, os profissionais de saúde submetidos a condições de trabalho precarizadas, estressados diante da sobrecarga de atividades, vivenciando mortes e angústias de pacientes e familiares, estão expostos cotidianamente ao risco de infecção (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Na África, durante a pandemia do Ebola, os ACS relataram constrangimento ao evitar aperto de mão ou recusar alimentos durante as visitas de acompanhamento dos suspeitos (JACKSON FILHO *et al.*, 2020).

Na Itália, no início da pandemia, mudanças na vida diária dos profissionais de saúde foram impostas pela necessidade de limitar a propagação da doença. Diante do conhecimento

do risco potencial de infectar suas famílias, profissionais da saúde tomaram medidas extremas, como deixar suas casas, aplicando autoisolamento social. Enfrentaram também a discriminação da nação pelo medo do contágio (CABRINI; GRASSELLI; CECCONI, 2020).

Algumas ações de promoção e proteção à saúde mental dos profissionais de saúde deveriam ser abordadas, tais como o suporte psicológico, além de cursos *on-line* e estratégias de enfrentamento por meio de capacitações práticas. Para situações de crise, seja da população ou profissionais, a rede de atenção psicossocial também deverá ser utilizada (TEIXEIRA *et al.* 2020). A OMS em seu documento técnico se refere às consequências psicológicas traumáticas e de longa duração causadas pela COVID-19 não só para pacientes e seus familiares, como também para a sociedade em geral, aumentando a demanda por serviços de saúde mental na APS (OMS, 2020).

Atenção especial deve ser dada aos problemas enfrentados pela categoria de enfermagem, tais como a sobrecarga e as más condições de trabalho. O impacto psicossocial é elevado principalmente pelo fato de 90% da categoria serem do sexo feminino, que sofre por preconceito de gênero e desempenho de múltiplas funções. O cuidado se estende para além do trabalho no qual atua com os afazeres domésticos e o cuidado da família. A violência doméstica também configura uma realidade diante da pandemia, tendo aumentado a agressão física, psíquica e sexual, estando a mulher mais exposta a essa realidade. Diante dessa situação, a OMS, em conjunto com serviços de prevenção à violência de gênero, sugere que governos locais disponibilizem serviços de suporte a esse grupo de mulheres (MOREIRA; LUCCA, 2020).

Assim, considerando-se a importância da atuação APS no enfrentamento da pandemia, para que ela consiga desempenhar suas funções de maneira eficaz e ainda dar continuidade às suas ações, faz-se necessário o estabelecimento de políticas públicas, regulamentos e procedimentos operacionais padrões, além da oferta de insumos necessários ao sistema de saúde e seus trabalhadores (OMS, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos profissionais de saúde da APS sobre o trabalho, a capacitação ofertada e a gestão deste nível de atenção, durante a pandemia de COVID-19.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar fatores associados às condições de trabalho dos profissionais de saúde no período de junho a outubro de 2020, considerado como período inicial da pandemia por COVID-19: tipo e uso de máscara ofertada, vínculo trabalhista, carga horária, condições de repouso, condição de imunização contra influenza e oferta de teste para detecção do vírus.

- Analisar a oferta de capacitação dos profissionais de saúde da APS para a atuação no período de junho a outubro de 2020, considerado como período inicial de pandemia por COVID-19: ofertas de capacitações, tipo de metodologia utilizada e carga horária.

- Analisar a percepção de profissionais de saúde sobre a atuação da gestão municipal dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no início da pandemia da COVID-19.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal, analítico e do tipo *survey*. O estudo analítico do tipo transversal caracteriza-se pela relação exposição-doença em uma população que é investigada, em um momento particular, para fornecer um retrato da situação naquele momento. A pesquisa do tipo *survey* pode ser definida como uma forma de coletar dados e informações a partir de características e opiniões de grupos e indivíduos, sendo o questionário estruturado o instrumento normalmente utilizado para obter tais informações (FREITAS *et al.*, 2000)

4.2 LOCAIS

O estudo foi realizado em municípios pertencentes aos estados de Mato Grosso do Sul e São Paulo. Segundo informações contidas no Plano Estadual de Saúde, o estado de Mato Grosso do Sul é o 6º do país em extensão territorial, correspondendo a 4,19% da área total do Brasil e 22,23% da área da região Centro-Oeste. A densidade populacional média é de 7,4 habitantes por km², abaixo de outras regiões do país (BRASIL, 2020f).

O estado de Mato Grosso do Sul tem uma população de 2.651.235 habitantes, residentes nos 79 municípios distribuídos geograficamente em quatro regiões de saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá) e respectivas 11 microrregiões (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas). Dos municípios do estado, 49 têm população inferior a 20 mil habitantes. Em torno de 32,2% (853.622) da população do estado residem na capital, Campo Grande, pertencente à Região de Saúde de Campo Grande (BRASIL, 2020f). Chama atenção que o estado de Mato Grosso do Sul possui a maior população indígena do país, ficando atrás somente do estado do Amazonas (BRASIL, 2020f).

A rede física de estabelecimentos de saúde do estado de Mato Grosso do Sul, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES), é composta por 4.257 estabelecimentos cadastrados. Destes, 1.392 são estabelecimentos públicos e privados com vínculo SUS, dos quais 94,1% estão sob gestão dos municípios, 2,6% sob gestão estadual e 3,3% sob gestão dupla (municipal e estadual). Existem 549 eSF em Mato Grosso do Sul,

presentes nos 79 municípios, sendo que 42 deles apresentam 100% de cobertura da Atenção Primária. Conta ainda com 61 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) para ampliar o escopo de ações e fortalecer a resolutividade da AB (DATASUS, 2020).

A estrutura hospitalar no estado é composta por 87 hospitais vinculados ao SUS. Destes, 41 são públicos, 20 filantrópicos, 22 privados sem fins lucrativos e 4 privados. Do total, 36 estão sob gestão municipal, 48 sob gestão estadual e 2 sob gestão federal (BRASIL, 2020f).

O estado de São Paulo é a terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul, localizado no sudeste brasileiro, possui 3% do território nacional, conta com 42,6 milhões de habitantes, segundo estimativa da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) de 2014, o que representa 22% da população do país. É um dos estados brasileiros com alto índice de desenvolvimento humano e responsável por 31% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (BRASIL, 2020f).

Atualmente, a Secretaria de Estado da Saúde divide-se em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), divididos em 63 Regiões de Saúde, que correspondem às regiões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e em 17 Regiões Regionais de Assistência à Saúde (RRAS). As regiões de saúde não têm distribuição uniforme da população, com variação de 50 mil a 11 milhões de habitantes. Conta com 8 mil UBSs, 572 hospitais (que participam do SUS) e 1,6 mil ambulatórios de especialidades e 420 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), distribuídos pelo estado. Atualmente, a ESF paulista está com 4,7 mil equipes, com cobertura de 38% da população, podendo ser observado um crescimento de 10% da cobertura no estado desde 2010. No entanto ainda há grandes diferenças na proporção da cobertura da ESF entre as regiões, variando de 32,5 a 94% (BRASIL, 2020f).

4.3 POPULAÇÃO

A população deste estudo constituiu-se dos profissionais de saúde atuantes na gestão ou assistência direta, na APS, de junho a outubro de 2020, considerado como período inicial da pandemia de COVID-19, nos municípios pertencentes aos estados de Mato Grosso do Sul e São Paulo.

De acordo com informações do CNES, o estado de Mato Grosso do Sul conta com 40.043 profissionais que atendem no SUS; e o estado de São Paulo conta com 553.893 profissionais (BRASIL, 2020g). Entretanto, devido a fatores de risco no que tange a profissionais de saúde, estimou-se que um elevado número de profissionais se encontrasse

afastado da assistência desde os primeiros dias da pandemia no país, reduzindo-se consideravelmente a quantidade de profissionais atuantes.

O processo de obtenção da amostra foi não probabilístico, visto que os participantes foram convidados por amostragem em cadeia, do tipo Bola de Neve. Cada pesquisador do estudo escolheu, em sua rede de contatos, profissionais de saúde dos dois estados escolhidos e enviaram o link da pesquisa aos potenciais participantes que atendessem aos critérios de inclusão, buscou-se obter uma amostra heterogênea dentro das diferentes categorias profissionais.

O método bola de neve baseia-se na formação de uma amostra construída ao longo do processo de coleta de dados. Em uma primeira etapa, o pesquisador delimita as características que os membros da amostra devem possuir e, depois, identifica uma pessoa ou grupo de pessoas congruentes aos dados necessários, na sequência, apresenta a proposta da pesquisa a essa pessoa ou a esse grupo e solicita que eles indiquem pessoas que pertençam à mesma população-alvo. Este movimento continua até que as metas estabelecidas sejam atingidas (FLICK, 2009).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos profissionais de saúde, maiores de 18 anos, atuantes na gestão ou assistência direta da APS dos municípios dos estados de Mato Grosso do Sul e São Paulo há pelo menos seis meses, incluindo as seguintes categorias profissionais: Médico; Enfermeiro; Auxiliar ou Técnico de Enfermagem; Nutricionista; Farmacêutico; Psicólogo; Assistente Social; Dentista; Agente Comunitário de Saúde; Auxiliar ou Técnico de Odontologia ou Outra categoria profissional de saúde diretamente envolvida no atendimento na pandemia de COVID-19.

Seis profissionais não aceitaram participar da pesquisa e excluídos 17 respostas por conterem respostas duplicadas, idênticas ou incompletas. Foram respondidos 276 questionários e excluídos 17, totalizando 259 questionários respondidos.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário virtual e semiestruturado na plataforma Google Forms, contendo 33 questões fechadas e 1 questão aberta, todas com o mesmo valor. O questionário foi dividido em cinco blocos sendo: **Bloco 1** – Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa, contendo cinco questões; **Bloco 2** – Condições de

trabalho, contendo dez questões; **Bloco 3** – Formação e capacitação dos profissionais para a atuação diante da pandemia, contendo sete questões; **Bloco 4** – Atividades desenvolvidas e infraestruturas, contendo dez questões e o **Bloco 5** – Experiências durante a pandemia, sendo que esse último bloco contém a pergunta aberta, sendo opcional a resposta dos participantes.. O instrumento foi elaborado pelos próprios pesquisadores do projeto (Anexo A) considerando como referência os seguintes documentos: Manual de Recomendações de Proteção aos Trabalhadores dos Serviços de Saúde no Atendimento de COVID-19 e outras Síndromes Gripais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020e); Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, 8ª versão, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020c); Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19) (BRASIL, 2020a). Antes do início da coleta foi aplicado um pré-teste do instrumento a dez profissionais sendo: dois profissionais médicos, três enfermeiros, dois auxiliares e três agentes comunitários de saúde, para avaliação semântica das questões do instrumento. O objetivo de verificar se havia compreensão do que se queria de cada questão e se as questões eram relevantes para o alcance dos objetivos pretendidos. Após essa etapa, realizaram-se alguns ajustes para a obtenção da versão final do instrumento. Assim, seguindo os preceitos do método bola de neve, cada pesquisador do estudo escolheu, em sua rede de contatos, profissionais de saúde dos dois estados e enviaram o *link* da pesquisa aos potenciais participantes que atendessem aos critérios de inclusão, através de *e-mail* ou *WhatsApp* acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A coleta foi iniciada no mês de junho e encerrada no final do mês de outubro de 2020. Buscou-se obter uma amostra heterogênea dentro das diferentes categorias profissionais. Também foi autorizada, pelas secretarias municipais, a entrega de questionários impressos nas UBS nos municípios de Três Lagoas, em Mato Grosso do Sul; e nos municípios Andradina, Barbosa, Braúna, Coroados, Glicério, Guararapes, Ilha Solteira, Itapura, Murutinga do Sul, Nova Independência, Pereira Barreto e Suzanópolis, em São Paulo, devido à alta demanda de questionários digitais encaminhados aos profissionais.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O questionário semiestruturado virtual identifica as variáveis independentes (estado, categoria profissional e função exercida), e variáveis dependentes relacionadas a condições de

trabalho (horas trabalhadas, vínculos empregatícios e condições de repouso) e proteção (acesso aos testes para detecção do vírus, financiamento dos testes e resultados, oferta de vacinas contra influenza, tipo, condições e tempo de uso de máscaras ofertadas), oferta de capacitações, oferta de recursos humanos e materiais e logística quanto ao apoio da gestão, fluxos de atendimento e transporte

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo para a idade. A seguir, os testes de qui-quadrado e Exato de Fisher foram aplicados para analisar as associações entre as variáveis. Todas as análises foram realizadas com recursos do programa R e com nível de significância de 5%.

4.8 CONSIDERAÇÕES SOBRE A AMOSTRA

Foram excluídas seis pessoas das 282 porque não aceitaram participar da pesquisa e não responderam às questões. Também foram excluídas as respostas repetidas de oito pessoas que responderam ao questionário duas vezes, uma que respondeu três vezes e uma que respondeu quatro vezes, com respostas idênticas. Além disso, uma pessoa respondeu ao questionário duas vezes com respostas diferentes. Nesse caso foram mantidas as respostas da segunda submissão. Assim, restaram 259 questionários respondidos.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), com parecer de aprovação de n.º 4.062.744, CAAE: 31493920.8.0000.0021.

O processo de obtenção do TCLE foi realizado em duas etapas, mas por meio do uso de aplicativos. Para tal, foi elaborado inicialmente um formulário contendo o TCLE, que ofereceu a oportunidade de a pessoa aceitar a participação e prosseguir para o questionário ou de recusar e não participar do estudo. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios e métodos a serem empregados. O TCLE digital contou com a

assinatura do pesquisador responsável. O nome do participante não foi vinculado ao questionário. Foram garantidos o sigilo, o anonimato e a privacidade dos participantes.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1 - CONDIÇÕES DE TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19

CONDIÇÕES DE TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19

WORKING CONDITIONS BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS IN THE COVID-19 PANDEMIC

RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil e analisar os fatores associados às condições de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Um estudo de abordagem quantitativa, transversal analítico, do tipo survey, realizado em uma amostra aleatória de 259 profissionais de saúde da APS dos estados de Mato Grosso do Sul (MS) e São Paulo (SP), no período de junho a outubro de 2020, considerado como período inicial da pandemia. A maioria dos participantes era do sexo feminino (85,3%), profissionais de enfermagem (40,6%) com idade média de 39,1 anos (dp \pm 9,5) e do estado de SP (73%). Verificou-se, quanto às condições de trabalho, que a imunização antecipada contra influenza teve maior frequência no estado de MS (93,8%), porém não tiveram acesso aos testes de COVID-19, no estado de MS, 47,7% e, no estado de SP, 24,3%. Observou-se que os profissionais de nível superior tiveram mais acesso à máscara N95/PFF2 (10,2%) quando comparado aos auxiliares e técnicos com 6,5% e 7,8%, respectivamente ($p < 0,05$). Assim, foram observadas possíveis diferenças nas gestões estaduais, que parecem não ofertar o acesso equânime, aos profissionais de saúde da APS, à proteção, a imunizantes e a testes para detecção de SARS-CoV-2.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Coronavírus. Pessoal de Saúde. Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the profile and analyze the factors associated with the working conditions of primary health care (PHC) health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil. A quantitative, cross-sectional, survey-type study, conducted on a random sample of 259 PHC health professionals in the states of Mato Grosso do Sul (MS) and São Paulo (SP), from June to October 2020, considered as the initial period of the pandemic. Most participants were female (85.3%), nursing professionals (40.6%) with a mean age of 39.1 years ($sd \pm 9.5$) and from the state of SP (73%). Regarding working conditions, it was found that early immunization against influenza was more frequent in the state of MS (93.8%), but they did not have access to the COVID-19 tests, in the state of MS, 47.7% and, in the state of SP, 24.3%. It was observed that higher education professionals had more access to the N95/PPF2 mask (10.2%) when compared to assistants and technicians with 6.5% and 7.8%, respectively ($p < 0.05$). Thus, possible differences were observed in state administrations, which do not seem to offer equitable access, to PHC health professionals, to protection, immunizations and tests to detect SARS-CoV-2.

Key words: Primary Health care. Coronavirus. Health Personnel. Public Health Surveillance.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel importante diante da pandemia da *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) (HARZHEIM *et al.*, 2020; XU *et al.*, 2020; HAINES *et al.*, 2020), mediante a coordenação do cuidado e da organização de fluxos. Encontra-se organizada em equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipes de Atenção Primária (eAP) que atuam em territórios predefinidos e estabelecem vínculos com a população adscrita (HARZHEIM *et al.*, 2020).

No enfrentamento da situação epidemiológica da COVID-19, em que 80% dos casos são classificados como leves e os seus usuários são monitorados no domicílio, enfrenta-se o desafio de uma APS resolutiva, exigindo-se o envolvimento efetivo de diversas categorias

profissionais e o protagonismo dos indivíduos, das famílias e da comunidade (HARZHEIM *et al.*, 2020; LIM; WONG, 2020). Pesquisa conduzida no Canadá demonstrou que a organização da atenção primária fez com que não houvesse sobrecarga na sua rede hospitalar (KEARON; RISDON, 2020).

O distanciamento social ainda se constitui em uma forma de reduzir a transmissão do novo vírus, porém essa recomendação não abrange atividades essenciais como a dos profissionais de saúde. A atuação desses profissionais torna-se primordial em períodos pandêmicos, elevando-se a probabilidade de contaminação relacionada ao trabalho, sendo imprescindível a garantia de sua proteção (GALLASCH *et al.*, 2020; CHANG *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020).

Considera-se a COVID-19 como a nova doença ocupacional desta década, com isso, revelando-se a necessidade de maior atenção à proteção de profissionais de saúde e da adoção de boas práticas de controle de infecção (KOH, 2020).

A eficácia de proteção mostra-se diretamente relacionada ao fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e ao treinamento adequado das equipes para seu uso correto e consistente. Tais fatores, associados à capacidade logística e adequada de entrega aos serviços de saúde, resultam em uma resposta adequada para a prevenção de riscos ocupacionais (GALLASCH *et al.*, 2020).

O meio ambiente de trabalho consiste no local onde o profissional desenvolve suas atividades relacionadas ao ofício e no qual se encontra inserido em um contexto de exigência mercadológica por altas taxas de produtividade, em meio às constantes inovações tecnológicas. Nesse cenário, a deterioração das condições de trabalho torna-se uma realidade e relaciona-se à maior flexibilização de suas jornadas (mais extensas e/ou irregulares), à precariedade do emprego, ao crescente subemprego, à temporalidade dos contratos, entre outros fatores (FERREIRA *et al.*, 2018).

Diante da pandemia, considera-se que as condições de trabalho se relacionam a um maior risco de exposição ao vírus, porém pouco se discute essa questão. Os trabalhadores da APS tornam-se expostos a más condições de trabalho, jornadas extenuantes, falta de capacitação ou capacitação inadequada, insuficiência de EPIs, etc. (JACKSON FILHO *et al.*, 2020; XU *et al.*, 2020).

Discute-se ainda o fato de os trabalhadores estarem expostos cotidianamente ao risco de

infecção devido à interferência na adesão às práticas de biossegurança ocasionada por sobrecarga de trabalho, estresse, precariedade das instalações e normas de convívio social (JACKSON FILHO *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.* 2020). Unindo-se a isso, observa-se que as condições de trabalho e proteção dos trabalhadores da APS podem variar segundo as unidades federativas de um país, pois a resposta política à pandemia difere segundo o desenho institucional, a autonomia dos atores políticos envolvidos e mesmo conforme a crença efetiva no poder de letalidade do vírus (SCHAEFER *et al.*, 2020).

Tais condições também podem ser diferentes considerando-se as categorias profissionais que compõem a força de trabalho em saúde na APS. Pode-se considerar ainda diferenças no que tange à função exercida pelo profissional durante a pandemia, pois as condições de trabalho nas diversas categorias profissionais são marcadas pela hierarquização nas relações técnicas e sociais entre esses profissionais e pela alusão às relações de poder e dominação que existem entre estas categorias profissionais, derivadas da posição que cada uma ocupa na divisão técnica e social do trabalho (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Portanto, tornam-se relevantes estudos que busquem investigar as novas condições de trabalho dos profissionais de saúde da APS, em diferentes estados brasileiros, segundo a categoria profissional e função exercida, em um cenário de muitas incertezas como o da pandemia da COVID-19. Uma revisão sistemática com o objetivo de sumarizar evidências científicas sobre os principais problemas que afetam os profissionais de saúde durante a pandemia constatou que a maioria dos estudos se concentra nos problemas que atingem os profissionais que atuam na esfera hospitalar, negligenciando os profissionais que atuam em serviços da APS, os quais também se expõem ao risco de contrair a COVID-19 (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Posto isso, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil e analisar as condições de trabalho dos profissionais de saúde da APS em dois estados brasileiros, segundo estado de atuação, categoria profissional e função exercida no período da pandemia de COVID-19 no Brasil.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal analítico, do tipo survey,

realizado com profissionais de saúde atuantes na APS dos estados de Mato Grosso do Sul (MS) e São Paulo (SP), Brasil, durante os meses de junho a outubro de 2020, considerado como primeiros meses de pandemia da COVID-19.

O estado de MS corresponde a 4,19% da área total do Brasil com uma população de 2.651.235 habitantes. Conta com 549 equipes de ESF, presentes nos 79 municípios, sendo que 42 deles apresentam 100% de cobertura na APS. O estado de SP representa 3% do território nacional, e conta com 42,6 milhões de habitantes. Possui a maior capacidade instalada vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no país, com 4,4 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 5,2 mil equipes de ESF, com cobertura de 62,9% da população (BRASIL, 2020f).

A coleta de dados foi realizada no período de junho a outubro de 2020, por meio de questionário virtual inserido na plataforma Google Forms®. Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: profissional de saúde maior de 18 anos, atuante há pelo menos seis meses na gestão ou assistência direta da APS nos estados de SP ou MS. Foram consideradas as seguintes categorias profissionais: Médico; Enfermeiro; Auxiliar ou Técnico de Enfermagem; Nutricionista; Farmacêutico; Psicólogo; Assistente Social; Dentista; Agente Comunitário de Saúde (ACS); Auxiliar ou Técnico de Odontologia ou outra categoria profissional de saúde atuante no período. Foram excluídos os profissionais afastados do serviço antes do início da pandemia no país.

O processo de obtenção da amostra foi não probabilístico, visto que os participantes foram convidados por amostragem em cadeia, do tipo Bola de Neve. Cada pesquisador do estudo escolheu, em sua rede de contatos, profissionais de saúde dos dois estados escolhidos e enviaram o *link* da pesquisa aos potenciais participantes que atendessem aos critérios de inclusão, buscou-se obter uma amostra heterogênea dentro das diferentes categorias profissionais. A amostra foi composta de 259 profissionais de saúde da APS, atuantes no período da pandemia da COVID-19 nos estados de MS e SP. Dos 282 respondentes, seis pessoas foram excluídas porque não aceitaram participar da pesquisa e não responderam às questões. Também foram excluídas respostas repetidas, idênticas e sequenciais, entendendo-se tratar de participantes que preencheram o questionário duas ou mais vezes, totalizando 259 participantes nos dois estados estudados.

O questionário virtual semiestruturado utilizado foi proposto pelas próprias pesquisadoras, considerando-se as condições de trabalho dos trabalhadores da APS

mencionadas no Manual de Recomendações de Proteção aos Trabalhadores dos Serviços de Saúde no Atendimento de Covid-19 e outras Síndromes Gripais do Ministério da Saúde (BRASIL,2020e) e no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde, 8ª versão do Ministério da Saúde (BRASIL,2020c). O instrumento permitiu a obtenção de dados sociodemográficos e contava com 12 questões acerca das condições de trabalho dos profissionais atuantes na pandemia, por meio de um *link*, via *e-mail* e/ou *WhatsApp* acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes do início da coleta, foi aplicado um pré-teste do instrumento a dez profissionais, sendo: dois profissionais médicos, três enfermeiros, dois auxiliares e três ACSs, para a avaliação semântica das questões do instrumento, com o objetivo de verificar se havia compreensão do que se queria de cada questão e se as questões eram relevantes para o alcance dos objetivos pretendidos. Após essa etapa, realizaram-se alguns ajustes para obtenção da versão final do instrumento.

Foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas: Sexo; Idade; Profissão; Grau de formação; Função na unidade de trabalho (assistencial; gerencial ou ambas as funções) e Estado de atuação (MS; SP).

Para as condições de trabalho, questionou-se: horas por dia/semana, trabalho no período de pandemia de Covid-19, vínculos trabalhistas, tipo de máscara disponível para o profissional na unidade de saúde, situações para uso da máscara cirúrgica (Em nenhum momento; Durante atendimentos a pacientes; Durante a realização de procedimentos produtores de aerossóis; O tempo todo no trabalho na unidade); tempo de uso da máscara cirúrgica, situações de uso da máscara N95/PPF2 durante o enfrentamento à pandemia de COVID-19; tempo de uso da máscara N95/PPF2; condição de imunização contra influenza (Tive acesso à vacina contra influenza a partir de campanha de vacinação antecipada (23 dias antes do esperado), como parte do primeiro grupo a ser vacinado; Tive acesso à vacina contra influenza a partir de campanha de vacinação antecipada, mas após a vacinação dos idosos; Tive acesso à vacina contra influenza a partir de campanha de vacinação não antecipada (menos de 23 dias antes do esperado); Ainda não tive acesso à vacina contra influenza); Acesso ao teste para detecção do vírus SARS-CoV-2 (Tive acesso ao teste desde o início do período de pandemia no país, mesmo sem apresentar sintomas; Tive acesso ao teste desde o início do período de pandemia no país, em caso de sintomas; Tive acesso ao teste tardiamente ao período de pandemia no país; Ainda

não teve acesso aos testes no período de pandemia).

Foram consideradas variáveis dependentes as condições de trabalho (horas trabalhadas, vínculos empregatícios, acesso ao teste para detecção do vírus, oferta de vacina contra influenza, tipo, condições e tempo de uso das máscaras ofertadas) avaliadas por meio do questionário semiestruturado construído pelas pesquisadoras. Consideraram-se variáveis independentes a categoria profissional (ACS, Auxiliares/Técnicos, Profissionais de nível superior e outros), o Estado de atuação do respondente e a função exercida pelo profissional (assistencial, gerencial ou ambas as funções).

Os dados foram processados e analisados com recursos do programa R. Os resultados obtidos para as variáveis explanatórias (caracterização sociodemográfica) foram analisados a partir de estatística descritiva, por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e médias, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo para variáveis numéricas. Para testar possíveis associações entre as variáveis foi utilizado o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado neste estudo foi de 0,05 (5%).

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), CAAE: 31493920.8.0000.0021.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 259 (100%) profissionais de saúde da APS, sendo 189 (73,0%) do estado de São Paulo (SP), 65 (25,1%) do estado de Mato Grosso do Sul (MS) e 5 (1,9%) com estado de atuação não informado. Ao analisar o perfil sociodemográfico dos profissionais que participaram da pesquisa, detectou-se que a maioria era do sexo feminino (85,3%) com idade média de 39,1 anos ($dp \pm 9,5$), variando de 18 a 69 anos; sendo que a maioria era profissional de enfermagem (40,6%), seguido de ACS (24,7%). O perfil segundo sexo e idade foi semelhante entre os dois estados. Em relação à formação dos profissionais, observou-se que em média 27,0% dos profissionais têm formação Nível Técnico, 29,7% Graduação e 43,2% Pós-Graduação.

Quando considerada a área de atuação, percebeu-se que a maioria atua na assistência direta a pacientes e familiares (69,5%) e 15,8%, na área gerencial, bem como foi identificado

um percentual de 14,7% que atuam em ambas as funções.

Sobre a caracterização do trabalho dos profissionais da APS durante a pandemia, identificou-se que a maioria dos profissionais tanto do estado de MS como do estado de SP tinha uma carga horária de 44 horas semanais, sendo 86,2% do estado de MS e 75,1% do estado de SP, retornando para suas casas ao final do plantão de 6 ou 8 horas diárias (92,3%). Embora a maioria dos profissionais tivesse apenas um vínculo trabalhista, 194 (74,9%), 65 (25,1%) profissionais tinham dois ou mais vínculos.

Foi realizada análise de associação entre vínculos trabalhistas e categoria profissional ($p=0,0280$), identificando que os profissionais de nível superior apresentavam maior percentual de vínculos trabalhistas quando comparado com outras categorias profissionais, sendo 24% com dois e 7,7% com três ou mais vínculos. Os ACSs, em sua maioria (87,5%), apresentavam apenas um vínculo profissional assim como os auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde bucal, com percentual de um vínculo em 77,4%.

Quanto às condições de trabalho, os profissionais foram questionados a respeito da imunização contra influenza no período da pandemia, sendo que a maioria dos profissionais teve acesso à vacina contra influenza por meio de campanha de vacinação antecipada (23 dias antes do esperado), como primeiro grupo a ser vacinado, sendo 93,8% dos profissionais do estado do MS e 88,4% do estado de SP. Em ambos os estados, encontrou-se um percentual de profissionais que teve acesso somente após a vacinação dos idosos, sendo 1,5% no estado de MS e 9,5% no estado de SP. No estado de SP dois (1,1%) profissionais relataram não ter tido acesso à vacina (Tabela 1).

Identificou-se uma associação significativa ($p=0,0306$) entre a variável imunização e o estado de atuação, sendo que, no estado de MS, a vacinação antecipada dos profissionais ocorreu com maior frequência do que a do estado de SP, sendo respectivamente 93,8% e 88,4% (Tabela 1).

No que tange à testagem para o SARS-Cov2, destaca-se o fato de a maioria dos participantes não ter realizado no período de pandemia em estudos. Houve associação significativa entre o acesso ao teste e o estado em que o profissional atua ($p<0,05$). Observou-se maior acesso aos testes nos profissionais atuantes no estado de SP, ainda que considerado como acesso tardio (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação entre estado de atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e acesso à imunização contra influenza e aos testes laboratoriais para a Covid-19 (n=259).

Variável	Estado			p-valor
	Mato Grosso do Sul	São Paulo	Não informou	
Acesso à Imunização contra Influenza	Frequência (1%)			² p=0,031
Campanha de vacinação antecipada (23 dias antes do esperado), como parte do primeiro grupo a ser vacinado.	61 (93,8)	167 (88,4)	5 (100,0)	
Campanha de vacinação antecipada, mas após a vacinação dos idosos.	1 (1,5)	18 (9,5)	0 (0,0)	
Campanha de vacinação não antecipada (menos de 23 dias antes do esperado).	3 (4,6)	2 (1,1)	0 (0,0)	
Não disponibilizada.	0 (0,0)	2 (1,1)	0 (0,0)	
Acesso ao Teste para detecção do vírus SARS-Cov-2	Frequência (1%)			² p=0,001
Ainda não tive acesso aos testes no período de pandemia.	31 (47,7)	46 (24,3)	4 (80,0)	
Tive acesso ao teste desde o início do período de pandemia no país, em caso de sintomas.	11 (16,9)	32 (16,9)	1 (20,0)	
Tive acesso ao teste desde o início do período de pandemia no país, mesmo sem apresentar sintomas.	12 (18,5)	37 (19,6)	0 (0,0)	
Tive acesso ao teste tardiamente ao período de pandemia no país.	11 (16,9)	74 (39,2)	0 (0,0)	

¹Porcentagem na coluna; ²Teste Exato de Fisher.

Fonte: Elaboração da própria autora

Quanto ao tipo de máscara utilizada durante a pandemia pelos profissionais da APS, segundo a função exercida, houve associação significativa (p=0,0195) entre essas variáveis, observando-se maior frequência de uso de máscara N95/PPF2 para os profissionais que exercem função assistencial (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação entre tipo de máscara utilizada e função exercida pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (n=259).

Variável	Função exercida			p-valor
	Ambas as funções	Assistencial ³	Gerencial ⁴	
Tipo de Máscara de Proteção	Frequência (1%)			² p=0,0195
Máscara cirúrgica	10 (26,3)	97 (53,9)	21 (51,2)	
Máscara cirúrgica e máscara N95/PFF2	22 (57,9)	62 (34,4)	17 (41,5)	
Máscara N95/PFF2	5 (13,2)	17 (9,4)	1 (2,4)	
Não oferece nenhum tipo	1 (2,6)	4 (2,2)	2 (4,9)	

¹Porcentagens nas colunas; ²Testes Exato de Fisher; ³Assistência direta a pacientes e familiares; ⁴ Gestão de equipe ou setor

Fonte: Elaboração da própria autora

A utilização da máscara cirúrgica foi mais frequente, sendo que 76,4% utilizaram-na durante todo o tempo de trabalho, embora exista um percentual de 10,4% que não a utilizaram em nenhum momento. Houve associação significativa do tipo de máscara disponibilizada e a categoria profissional ($p < 0,05$). Apenas a máscara cirúrgica teve seu uso mais frequente entre os ACSs (71,9%) do que entre os profissionais de nível superior (43,3%) e auxiliares e técnicos (43,3%). Além disso, 9,4% dos ACSs informaram não ter máscara disponibilizada. É possível identificar que os profissionais de nível superior tiveram mais acesso à máscara N95/PFF2 (10,2%) quando comparados aos auxiliares e técnicos com 6,5% e 7,8% respectivamente (Tabela 3).

Quanto ao tempo de uso da máscara, 76,4% utilizam máscara cirúrgica o tempo todo na Unidade, 26,3% utilizam máscara N95/PFF2 durante a realização de procedimentos produtores de aerossóis e 14,3% durante atendimento a pacientes. As variáveis situações e tempo que utiliza máscara cirúrgica, situações e tempo que utiliza máscara N95/PFF2 não apresentaram associação com a função exercida na unidade ($p > 0,05$).

Quanto à utilização de máscara N95/PFF2 e o grau de formação ($p < 0,05$), 50,0% dos técnicos, 35,1% dos profissionais com graduação e 39,3% dos profissionais com pós-graduação não utilizaram esse tipo de máscara em nenhum momento. Dos profissionais que utilizaram este tipo de máscara, 18,5% utilizaram máscara N95/PFF2 o tempo todo, 26,3%, durante a

realização de procedimentos produtores de aerossóis e 14,3%, em atendimento a pacientes.

Tabela 3 - Associação entre o tipo de máscara, tempo de utilização da máscara cirúrgica, situações nas quais utiliza a máscara N95, tempo de utilização da máscara N95 e a categoria profissional dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (n=259).

Variável	Categoria profissional				p-valor
	ACS ³	Auxiliar /Técnico ⁴	Nível Superior ⁵	Outro ⁶	
Tipo de Máscara	Frequência (1%)				² p=0,0005
Máscara cirúrgica	46 (71,9)	8 (25,8)	68 (43,3)	6 (85,7)	
Máscara cirúrgica e máscara N95/PFF2	7 (10,9)	21 (67,7)	72 (45,9)	1 (14,3)	
Máscara N95/PFF2	5 (7,8)	2 (6,5)	16 (10,2)	0 (0,0)	
Não oferece nenhum tipo	6 (9,4)	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	
Tempo que utiliza Máscara Cirúrgica					² p=0,0010
Acima de 10 dias	18 (28,1)	3 (9,7)	34 (21,7)	0 (0,0)	
Apenas um dia	24 (37,5)	24 (77,4)	101 (64,3)	7 (100,0)	
De 2 a 5 dias	3 (4,7)	2 (6,5)	7 (4,5)	0 (0,0)	
De 5 a 10 dias	9 (14,1)	0 (0,0)	3 (1,9)	0 (0,0)	
Em nenhum momento	10 (15,6)	2 (6,5)	12 (7,6)	0 (0,0)	
Situações que utiliza Máscara N95					² p=0,0005
Durante atendimentos a pacientes	7 (10,9)	10 (32,3)	20 (12,7)	0 (0,0)	
Em nenhum momento	43 (67,2)	7 (22,6)	50 (31,8)	6 (85,7)	
O tempo todo no trabalho na unidade	14 (21,9)	7 (22,6)	26 (16,6)	1 (14,3)	
Durante a realização de procedimentos produtores de aerossóis	0 (0,0)	7 (22,6)	61 (38,9)	0 (0,0)	
Tempo que utiliza Máscara N95					² p=0,0005
Acima de 10 dias	6 (9,4)	9 (29,0)	36 (22,9)	0 (0,0)	
Apenas um dia	3 (4,7)	3 (9,7)	22 (14,0)	0 (0,0)	
De 2 a 5 dias	3 (4,7)	6 (19,4)	28 (17,8)	1 (14,3)	
De 5 a 10 dias	6 (9,4)	5 (16,1)	29 (18,5)	0 (0,0)	
Em nenhum momento	46 (71,9)	8 (25,8)	42 (26,8)	6 (85,7)	

Nota: Os casos sem informação não foram considerados nas análises.

¹Porcentagens nas colunas; ²Teste Exato de Fisher; ³Agente Comunitário de Saúde; ⁴Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, auxiliar ou Técnico de Odontologia, Auxiliar de Farmácia ou Técnico; ⁵Assistente Social, Dentista, Educador Físico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Psicólogo, Coordenador da APS, Educador Saúde Pública, Fonoaudióloga ou Gerente de Unidade Básica de Saúde da Família; ⁶Administrativo, Estagiário, Recepcionista ou Sec. Municipal Saúde.

Fonte: Elaboração da própria autora

4 DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa mostraram que os profissionais de saúde participantes do estudo eram em sua maioria do sexo feminino e que atuavam diretamente na assistência a pacientes da APS, no período da pandemia de COVID-19.

Observou-se que o perfil da amostra foi condizente com uma pesquisa desenvolvida pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) em parceria com Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cuja equipe de enfermagem era predominantemente feminina, perfil que se vem mantendo há décadas, mas, nos últimos anos, vem demonstrando um aumento significativo no contingente masculino. A faixa etária predominante foi até 40 anos, o que significa que a enfermagem é composta de profissionais jovens (COFEN, FIOCRUZ, 2020).

Dados do Cofen mostram que a enfermagem representa 2.453.814 trabalhadores no Brasil, sendo 24,57% enfermeiros, 57,87% técnicos e 17,53% auxiliares de enfermagem (COFEN, 2021). Atenção especial deve ser dada aos problemas enfrentados por esta categoria, tais como a sobrecarga de trabalho, o desempenho de múltiplas funções e as más condições de trabalho (MOREIRA; LUCCA, 2020).

Vale ressaltar que 25% dos participantes deste estudo atuantes na APS, no período de pandemia, relataram ter mais de um vínculo empregatício, sendo identificada associação significativa ($p=0,0280$) entre vínculos trabalhistas e a categoria profissional. Além disso, identificou-se que esses exerciam suas atividades com carga horária semanal acima de 44 horas, o que demonstra potencial para maior sobrecarga física e mental desses sujeitos. Esta situação foi mais frequente entre os profissionais de nível superior do que entre os profissionais técnicos.

Um estudo com objetivo de identificar, na macrorregião oeste do estado do Paraná, os trabalhadores da saúde submetidos a vínculos de trabalho precários identificou que a maioria (85,28%) dos vínculos precários se concentrava entre os profissionais de saúde com formação de nível superior, tal como neste estudo (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

O governo federal, juntamente com o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), estabelece ações para desprecarização dos vínculos de trabalho com o intuito de promover contratos efetivos, melhorias salariais e políticas de humanização, uma vez que existe um número expressivo de trabalhadores com vínculo de trabalho precário na área de saúde, como, por exemplo, contratos

temporários, informal e/ou verbal, condicionando acúmulo de vínculos empregatícios (BRASIL, 2006).

Considerando-se o fato de a maioria dos profissionais participantes serem enfermeiros, vale destacar que, no Brasil, a jornada de trabalho da enfermagem não é regulamentada em lei. No relatório final do perfil da enfermagem no Brasil de 2013, já se mostrava situação na qual profissionais enfermeiros apresentavam mais de um vínculo empregatício e 61,2% dos profissionais trabalhando 30 a 60 horas semanais, um percentual de 7,7% que trabalham acima de 60 horas semanais e 1,6% acima de 80 horas semanais (MACHADO, 2017).

Um estudo apresentado pelo Instituto de Economia da Universidade de Campinas/SP (UNICAMP) reconhece que o SUS possibilitou maior acesso à saúde da população brasileira, aumentando também a oferta de trabalho aos profissionais, em contrapartida com a restrição orçamentária que vem sendo sentida pelo Estado, ocorre uma deterioração das condições de trabalho e remuneração profissionais, fato que contribui para que o trabalhador tenha mais de um vínculo empregatício (DEDECCA; TROVÃO, 2013).

Dentre as estratégias adotadas durante a pandemia da COVID-19, a vacinação contra influenza foi umas das recomendações dadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pois evita que as pessoas contraíam doenças relacionadas à influenza, assim, mitigando a carga sobre os sistemas nacionais de saúde enquanto a COVID-19 circula (WANG *et al.*, 2020). A vacina contra influenza é uma das medidas de prevenção mais importantes para proteger os profissionais contra a doença, incorporada com objetivo de reduzir internações, complicações e mortes (BRASIL, 2021b).

O resultado deste estudo apontou que, em ambos os estados brasileiros analisados, mais de 80% dos profissionais da saúde participantes da pesquisa, tiveram acesso à vacina contra a influenza como parte do grupo prioritário, porém ainda foi identificado um percentual de profissionais que foram vacinados tardiamente e profissionais que não tiveram acesso à vacinação. Além disso, identificou-se uma associação significativa ($p=0,0306$) entre a variável imunização e o estado de atuação, sendo que no estado de MS a vacinação antecipada dos profissionais ocorreu com maior frequência do que a do estado de SP.

A decisão de incluir uma vacina no Programa Nacional de Imunização (PNI) deve ser baseada em evidências, levando em consideração os estudos realizados pelos comitês técnicos assessores e levar em conta as questões de investimentos, ficando a critério das gestões

estaduais e municipais as estratégias para planejamento e organização das ações de vacinação (OPAS, 2020), o que justifica as diferenças encontradas nos dois estados, visto que esses têm autonomia para definir estratégias e ações.

Um estudo (AZAMBUJA *et al.*, 2020), com o objetivo de analisar o impacto da vacinação contra gripe na morbimortalidade por influenza nos idosos no período de 2010 a 2019 identificou variações da cobertura de acordo com a região do país. O estudo confirma os dados identificados de maior imunização no estado de MS ao destacar que, na região Centro-Oeste, obteve-se coberturas vacinais acima de 100% nos anos de 2015, 2016, 2018 e 2019.

No presente estudo, 31,3% dos entrevistados ainda não tiveram acesso aos testes para detecção de Sars-CoV-2 e 32,8% tiveram acesso ao teste tardiamente ao período de pandemia no país. Resultado semelhante ao estudo de García-Sierra *et al.* (2020) realizado nos meses de fevereiro e março de 2020 na Espanha com profissionais da APS, do qual participaram 4.701 trabalhadores e desses apenas 1.050 (22,3%) tiveram acesso ao teste para detecção do vírus Sars-cov-2.

Sabe-se que a disponibilidade do teste RT-qPCR ainda está distante do cotidiano dos serviços de APS no país. No período de maio a junho de 2020, a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com apoio da OPAS-Brasil, desenvolveu um estudo transversal com profissionais da APS e gestores das secretarias municipais de saúde identificando que a maioria dos profissionais não tiveram acesso aos testes rápido (53,3%) (LIMA, *et al.*, 2020).

Encontrou-se associação significativa entre as variáveis Estado de atuação e Acesso ao teste, sendo que os trabalhadores do estado de São Paulo tiveram acesso anterior aos trabalhadores do estado de Mato Grosso do Sul. Um estudo (LIMA *et al.*, 2021) com objetivo de analisar as notificações de síndrome gripal, segundo o intervalo de tempo decorrido entre início dos sintomas e realização do exame para COVID-19 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, também identificou predomínio na realização de testes na região Sudeste do país. O estudo também identificou acesso tardio aos testes, destacando que o RT-qPCR e o teste rápido-anticorpo foram os mais realizados no Brasil e que, porém, somente aproximados 50% de cada um desses testes foram realizados em tempo adequado.

A testagem de todos os trabalhadores da saúde independente da presença de sintomas é uma das medidas preconizadas para contenção da infecção por COVID-19, recomendada pela

OMS, visto que contribui para a recomposição da força de trabalho identificando, dentre os suspeitos, aqueles com teste negativo, podendo retornar rapidamente ao trabalho além de fazer o rastreamento de profissionais infectados, interrompendo a cadeia de transmissão. A estratégia de testagem no início da pandemia no Brasil esteve limitada por questões operacionais de oferta de testes e lentidão no processamento das análises (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

A respeito da disponibilização e uso de EPIs, a maioria dos profissionais participantes recebeu máscaras do tipo cirúrgica para a atuação em detrimento às máscaras do tipo N95/PPF2. Os participantes relataram o uso de máscara cirúrgica em todo o período de trabalho na unidade de saúde e por um período não superior a um dia. Contudo alguns participantes referiram não receber máscaras suficientemente e a utilização de máscaras cirúrgicas por período superior a um dia.

Um estudo (MARTIN-DELGADO *et al.*, 2020) transversal realizado em cidades mais populosas de três países latino-americanos (Brasil, Colômbia e Equador), do qual participaram 1.082 profissionais, entre médicos, enfermeiros e outras categorias, mostrou que 70% sentiram falta de EPIs, sendo a deficiência mais observada nos Prontos-Socorros (PS) e nas UBS, quando comparados com áreas hospitalares. Além da falta, 51,4% dos profissionais relataram desconhecimento sobre seu correto o uso.

No Canadá, além de outras dificuldades enfrentadas pela APS no enfrentamento da pandemia, o não reconhecimento da importância desta equipe fez com que fossem negligenciados a destinação de recursos materiais e equipamentos de proteção individual, favorecendo prioritariamente as instituições hospitalares (KEARON; RISDON, 2020).

Ademais, houve associação significativa ($p=0,0195$), neste estudo, entre as variáveis tipo de máscara utilizada e função exercida, observando-se maior frequência de uso de máscara N95/PPF2 para os profissionais que exercem função assistencial.

Estudo (CHIA *et al.*, 2005) desenvolvido com três categorias profissionais, médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, em Cingapura mostrou que diversos fatores interferem no uso correto de EPIs, especialmente o conhecimento sobre os EPIs adequados para situações de transmissão respiratória e a técnica correta de utilização deles. Os profissionais de saúde que estão mais expostos ao vírus estão mais propensos a usar equipamentos adequados do que o pessoal administrativo por entenderem ter um risco de exposição menor.

Finalmente, identificou-se associação significativa entre o tipo de máscara

disponibilizada e a profissão do profissional ($p < 0,05$). Apenas a máscara cirúrgica foi mais frequente para os ACS (71,9%) do que entre os profissionais de Nível Superior (43,3%) e Auxiliares e Técnicos (43,3%). Além disso, 9,4% dos ACS informaram não ter máscara disponibilizada. É possível identificar que os profissionais de nível superior tiveram mais acesso à máscara N95/PPF2 (10,2%) quando comparado aos auxiliares e técnicos com 6,5% e 7,8% respectivamente.

Um estudo (COSTA *et al.*, 2020) realizado com 775 ACSs atuantes em comunidades pobres e favelas de 368 municípios brasileiros, apontou que 39% dos ACSs referiram não ter recebido EPIs. Ainda, o estudo transversal (LIMA *et al.*, 2020) realizado com profissionais da atenção básica, gestores e gerentes das secretarias municipais de saúde do Brasil, a partir de inquérito *on-line* (*webservy*), identificou que 24% dos profissionais não tiveram acesso aos EPIs. Cabe aqui destacar a importância da atuação dos ACS no enfrentamento da pandemia, os quais se constituem em ligação entre a equipe e o indivíduo/família que se encontra em isolamento, além de realizar ações de monitoramento e educação em saúde (DUARTE, 2020).

Segundo um estudo (NOGUEIRA *et al.*, 2020), divulgado pelo segundo boletim da pesquisa “Monitoramento da saúde dos ACSs em tempos de COVID-19”, realizado com 884 ACSs de seis municípios brasileiros (São Paulo, Guarulhos, Rio de Janeiro, São Gonçalo, Fortaleza e Maracanaú), obteve-se que, entre os respondentes, cuja UBS dispõe de EPIs, 93,2% afirmaram receber máscara cirúrgica e que a mesma foi disponibilizada a todos os profissionais de saúde da unidade, já 4,7% afirmaram que houve o fornecimento de máscaras para os profissionais da UBS com exceção dos ACS, e 2,1% relataram que não foi fornecido a nenhum profissional.

Observa-se, com esses dados, ações discriminatórias sofridas pelos ACS, aponta-se que há desigualdade na distribuição de EPI, em especial, entre os diferentes profissionais da saúde, com os ACS sendo preteridos. Algumas questões levantadas referentes a diferença na disposição da proteção adequada apoiam-se em uma perspectiva hierárquica que resiste em reconhecer os ACS como trabalhadores da saúde, ou que estes não atuariam na linha de frente do combate à COVID-19 e, por isso, não teriam direito aos EPIs (MOROSINI *et al.*, 2020).

Além disso, no Brasil, evidencia-se um descaso por parte das instituições empregadoras quanto à proteção dos profissionais de enfermagem também. O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo disponibilizou uma pesquisa (COREN/SP, 2020) relacionada a

denúncias feitas pelos profissionais de enfermagem, da qual participaram 5.451 profissionais, enfermeiros, técnicos, auxiliares, obstetrias e atendentes, com 842 denúncias relacionadas à falta de EPIs, das quais 495 se referiam a impedimento do uso de EPI pela chefia imediata. A pesquisa relata que 50% das instituições não fornecem EPIs necessários e entre estas 60% justificam a falta pela indisponibilidade no mercado.

Por conseguinte, esses achados devem ser interpretados considerando as limitações do estudo. O delineamento transversal não permite inferências de causalidade entre as ocorrências. Ademais, por se tratar de uma pesquisa virtual, pode ocorrer a possibilidade do não entendimento pleno de algumas questões, mesmo sendo ofertado canais de comunicação com os pesquisadores (*e-mail*, telefone), para sanar as dúvidas dos participantes. Outra limitação foi a seleção da amostra por conveniência, o que restringiu o poder do estudo para identificar associações relevantes e que também prejudicou na generalização dos resultados.

Apesar das limitações mencionadas, foi possível verificar que há a necessidade de melhorar as condições de trabalho na APS, com a oferta de EPIs de qualidade e em quantidade suficiente, além de garantir vacinas contra influenza de forma prioritária e antecipada, e testes de COVID-19 aos profissionais. Destaca-se que as condições de trabalho se distinguiram no presente estudo segundo sexo, categoria profissional e estado de atuação durante a pandemia.

Chama atenção às condições de trabalho dos ACS, sendo identificadas diferenças de acesso a EPIs. Esta categoria ainda não tem sido devidamente valorizada enquanto membro da equipe de saúde da APS. Portanto, as políticas públicas voltadas para o trabalho em saúde devem atentar para esta categoria, que se encontra exposta a maiores riscos ocupacionais em períodos epidêmicos.

5 CONCLUSÃO

O perfil dos profissionais atuantes na APS nos estados de Mato Grosso do Sul e São Paulo é de mulheres, adultas jovens, envolvidas com a assistência direta a usuários e familiares. A categoria profissional de enfermagem foi a mais frequente dentre os participantes da pesquisa, seguida dos ACS. Além disso, demonstrou-se que os profissionais de nível superior apresentam maior número de vínculos trabalhistas.

Os achados deste estudo atentam para a importância de políticas públicas voltadas para

todos os profissionais, em especial para os ACS, que versem sobre melhores condições de trabalho durante a pandemia da Covid-19. Em se tratando de políticas, foram observadas possíveis diferenças nas gestões estaduais, que parecem não ofertar o acesso equânime, aos profissionais de saúde da APS, à proteção, a imunizantes e a testes para detecção de SARS-CoV-2. Sugere-se por fim, que essas informações contribuam com estratégias públicas protetivas aos trabalhadores da APS.

5.2 ARTIGO 2 - FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ATUAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ATUAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

TRAINING OF PRIMARY CARE PROFESSIONALS FOR PERFORMANCE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

RESUMO

É imprescindível que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) sejam capacitados para o enfrentamento da pandemia por COVID-19. Nesse sentido, este estudo analisou a formação desses profissionais para a atuação durante os meses de junho a outubro de 2020, considerado como os primeiros meses de pandemia. Estudo de abordagem quantitativa, transversal analítico, do tipo *survey*, em amostra aleatória de 259 profissionais de saúde dos estados de Mato Grosso do Sul (MS) e São Paulo (SP). A maioria era do sexo feminino (85,3%) com idade média de 39,1 anos (+9,5) e com pós-graduação. Verificou-se que a maioria dos profissionais não participou de capacitações: ACS e ACE (76,6%), auxiliares/técnicos de enfermagem (45,2%) e nível superior (26,1%). Os cursos quando ofertados foram realizados no local de trabalho, com carga horária entre 15 e 30 horas, na metodologia a distância. Portanto, faz-se necessário o investimento em capacitações e na utilização de tecnologias e metodologias de ensino.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Coronavírus. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Educação a Distância.

ABSTRACT

It is essential that Primary Health Care (PHC) professionals are trained to face the pandemic caused by COVID-19. In this sense, this study analyzed the training of these professionals to work during the months of June to October 2020, considered as the first months of the pandemic. Study of quantitative approach, analytical cross-sectional, survey type, in a random sample of 259 health professionals from the states of Mato Grosso do Sul (MS) and São Paulo (SP). Most were female (85.3%) with a mean age of 39.1 years (+9.5) and with a postgraduate degree. It was found that most professionals did not participate in training: ACS and ACE (76.6%), nursing assistants/technicians (45.2%) and higher education (26.1%). When offered, the courses were held at the workplace, with a workload between 15 and 30 hours, using the distance learning methodology. Therefore, it is necessary to invest in training and in the use of teaching technologies and methodologies.

Descriptors: Primary Health Care. Coronavirus. Health Human Resource Training. EducationDistance.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a infecção humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) tornou-se uma Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) (BRASIL, 2020b) sendo considerada um grande desafio a ser enfrentado no século XXI (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido conhecida mundialmente como uma das principais estratégias no controle da pandemia por *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) (SANTOS, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2020; XU *et al.*, 2020; HAINES *et al.*, 2020), sendo reconhecida como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e por oferecer um atendimento resolutivo, além de coordenar o cuidado na rede de atenção, identificando precocemente casos graves e remanejando aos serviços especializados em tempo oportuno (BRASIL, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2020).

Para tanto é necessário envolver diversas categorias profissionais, exigindo-se o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2020c). No contexto mundial, os profissionais de saúde de nível superior que atuam na linha de frente à COVID-19 são os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, biomédicos, farmacêuticos,

nutricionistas, entre outros. No Brasil, além destes, também atuam os profissionais de Ensino Médio, tais como os técnicos e auxiliares de enfermagem, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) (LOSCO, 2019).

Destaca-se a atuação dos ACS no enfrentamento da pandemia no país, que se constituem em ligação entre a equipe e o indivíduo/família que se encontra em isolamento, além de estabelecer vínculo e realizar ações de educação em saúde (DUARTE *et al.*, 2020; CABRAL *et al.*, 2020). Pode-se inferir que as atribuições do ACS incluem a competência cultural e a orientação comunitária, permitindo o reconhecimento das diferentes necessidades e concepções do processo saúde doença, tendo a educação em saúde como o eixo principal do trabalho nos diversos territórios (DUARTE *et al.*, 2020).

A pandemia trouxe demanda excessiva e, conseqüentemente, o adoecimento de profissionais, o que ocasionou redução de recursos humanos e comprometimento da qualidade e resposta dos serviços de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Com o aumento da demanda de serviços, o Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu uma ação estratégica de recrutamento de profissionais, direcionada a enfermeiros, médicos, farmacêuticos, biomédicos e fisioterapeutas, com o intuito de atender à necessidade, garantindo assim o atendimento dos usuários do SUS e minimizando danos (BRASIL, 2020b).

A partir do momento que o país declarou Espin (BRASIL, 2020b) em decorrência de infecção pelo novo Coronavírus, foi instituído também o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19), sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, sendo elaborado um “Plano de Contingência Nacional” dividido em níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública, baseado na avaliação do risco do novo Coronavírus e seu impacto para a saúde pública (BRASIL, 2020a). Em relação à formação e à capacitação de pessoal, esse plano estabelece que os gestores devem promover ações de educação em saúde referente à promoção, à prevenção e ao controle do novo coronavírus, emitir instruções para os órgãos de governo sobre diretrizes de controle de infecção e o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), além de apoiar a divulgação de materiais desenvolvidos pela área técnica (protocolos, manuais, guias, notas técnicas) (BRASIL, 2020a).

A capacitação dos trabalhadores é de fundamental importância para a sua segurança por se tratar de uma doença nova, por isso, devem estar capacitados quanto ao manejo de casos, manejo do risco de contágio, uso de EPI, dentre outros assuntos relevantes (LIMA *et al.*, 2020;

BRASIL, 2020c).

Com base no exposto, existe a necessidade de se investigar se os profissionais de saúde da APS atuantes na pandemia da COVID-19 no Brasil foram capacitados para o trabalho neste contexto. O objetivo do estudo foi analisar a formação dos profissionais de saúde da APS para a atuação durante a pandemia da COVID-19 em dois estados brasileiros, segundo o tipo de capacitação recebida, carga horária e metodologias utilizadas. Tornam-se relevantes estudos voltados para o diagnóstico situacional da formação dos trabalhadores, identificando as potencialidades e fragilidades existentes, com isso, proporcionando subsídios para o desenvolvimento de ações de educação permanente e construção de políticas públicas de formação.

2 METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativa, transversal analítico, do tipo *survey*, realizado com profissionais de saúde atuantes na APS dos estados brasileiros de Mato Grosso do Sul e São Paulo, durante os meses de junho a outubro de 2020, considerado como primeiros meses de pandemia da COVID-19.

O estado de Mato Grosso do Sul é o sexto do país em extensão territorial, correspondendo a 4,19% da área total do Brasil e com uma população de 2.651.235 habitantes, residentes nos 79 municípios distribuídos geograficamente. Conta com 575 Equipe Saúde da Família (ESF), presentes nos 79 municípios, cobrindo 68,47% da população (BRASIL, 2020f).

O estado de São Paulo se constitui na terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul, localizado no sudeste brasileiro, possui 3% do território nacional, conta com 42,6 milhões de habitantes, representando 22% da população do país. Conta com 4,4 mil Unidades Básicas de Saúde e 5,2 mil ESF presentes nos 645 municípios, cobrindo 62,9% da população (BRASIL, 2020f).

A coleta de dados foi realizada no período de junho a outubro de 2020, por meio de questionário virtual inserido na plataforma Google Forms®. Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: profissional de saúde maior de 18 anos, atuante há pelo menos seis meses na gestão ou assistência direta da APS nos estados de São Paulo ou Mato Grosso do Sul, considerando as seguintes categorias profissionais: Médico;

Enfermeiro; Auxiliar ou Técnico de Enfermagem; Nutricionista; Farmacêutico; Psicólogo; Assistente Social; Dentista; Agente Comunitário de Saúde; Auxiliar ou Técnico de Odontologia ou outra categoria profissional de saúde atuante no período. Foram excluídos os profissionais afastados do serviço antes do início da pandemia no país.

O processo de obtenção da amostra foi não probabilístico, pois os participantes foram convidados por amostragem em cadeia, do tipo Bola de Neve. Cada pesquisador escolheu, em sua rede de contatos, profissionais de saúde dos dois estados e enviaram o *link* da pesquisa aos potenciais participantes que atendessem aos critérios de inclusão, buscou-se obter uma amostra heterogênea dentro das diferentes categorias profissionais. A amostra por conveniência foi composta de 259 profissionais de saúde da APS. Dos 282 respondentes, seis pessoas foram excluídas porque não aceitaram participar da pesquisa e não responderam às questões. Também foram excluídas respostas repetidas, idênticas e sequenciais, entendendo-se tratar de participantes que preencheram o questionário duas ou mais vezes, totalizando 259 participantes nos dois estados estudados.

O questionário virtual semiestruturado utilizado foi proposto pelas próprias pesquisadoras, considerando a formação dos trabalhadores da APS mencionadas no Manual de Recomendações de Proteção aos Trabalhadores dos Serviços de Saúde no Atendimento de COVID-19 e Outras Síndromes Gripais do Ministério da Saúde (BRASIL,2020e), Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, 8ª versão do Ministério da Saúde (BRASIL,2020c) e no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública|COE-COVID-19(BRASIL,2020a). Antes do início da coleta, foi aplicado um pré-teste do instrumento com dez profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários de saúde) para a avaliação semântica das questões do instrumento, sendo, após essa etapa, realizados ajustes. O instrumento foi encaminhado aos participantes por meio de um *link*, via *e-mail* e/ou WhatsApp, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas: Sexo; Idade; Profissão; Grau de formação; Função na unidade de trabalho e Estado de atuação.

Quanto à formação do profissional questionou-se: **tipo** de capacitação que recebeu para a atuação no período de pandemia (Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados pelo Ministério da Saúde e capacitação em minha

instituição de trabalho; Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados pelo Ministério da Saúde apenas; Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados por outros órgãos/instituições; Não participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19); **carga horária** do(s) curso(s) de capacitação que recebeu (Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados com carga horária igual ou superior a 40 horas; Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados com carga horária igual ou superior a 30 horas; Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados com carga horária igual ou superior a 15 horas; Não participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19); e **metodologia** utilizada para a ministração dos cursos de capacitação que recebeu (Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados a partir de conteúdos teóricos e práticos, na modalidade presencial e por tecnologias; Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados a partir de conteúdos teóricos e práticos, na modalidade a distância a partir do uso de tecnologias; Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados a partir de conteúdos teóricos somente, na modalidade a distância a partir do uso de tecnologias; Não participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19).

O nível de significância adotado neste estudo foi de 0,05 (5%). Foram consideradas variáveis dependentes, a formação e capacitação profissional (tipo de capacitação, carga horária do (s) cursos de capacitação e metodologia utilizada nos cursos de capacitação) avaliadas por meio do questionário de múltipla escolha, que foi construído pelas pesquisadoras. Considerou-se como variáveis independentes, a Categoria profissional (ACS, Auxiliares/Técnicos, Profissionais de nível superior e outros), o Estado de atuação do respondente e a Função exercida pelo profissional (assistencial, gerencial ou ambas as funções).

Os dados foram processados e analisados com recursos do programa R. Os resultados obtidos para as variáveis explanatórias (caracterização sociodemográfica) foram analisados a partir de estatística descritiva, por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e médias, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo para a idade.

Para testar possíveis diferenças entre condições de trabalho e proteção relatadas e as variáveis sociodemográficas foram utilizados os testes qui-quadrado e teste exato de Fisher. A hipótese inicial levantada pelos pesquisadores foi que haveria diferenças entre as variáveis.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), CAAE: 31493920.8.0000.0021.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 259 (100%) profissionais de saúde da APS, sendo 189 (73,0%) do estado de São Paulo (SP), 65 (25,1%) do estado de Mato Grosso do Sul (MS) e 5 (1,9%) com estado de atuação não informado. Ao analisar o perfil sociodemográfico dos profissionais que participaram da pesquisa, observou-se que a maioria era do sexo feminino (85,3%) com idade média de 39,1 anos, variando de 18 a 69 anos. O perfil segundo sexo e idade é semelhante entre os dois estados, Mato Grosso do Sul e São Paulo (Tabela 1).

A maioria dos profissionais que participou da pesquisa era enfermeiros (31,3%), seguidos de ACS (24,7%), auxiliares e técnicos de enfermagem (9,3%) e médicos (8,5%), sendo que 69,5% atua na assistência direta a pacientes e familiares e 15,8%, na área gerencial. Foi identificado um percentual de 14,7% com atuação em ambas as funções (Tabela 1).

A formação dos profissionais participantes da pesquisa mostra que 27,0% tinham formação técnica, 29,7% graduação e 43,2% pós-graduação. Pôde-se considerar que a maioria dos profissionais da APS eram especialistas (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis de caracterização da amostra de profissionais da Atenção Primária à Saúde (n=259)

Variável	Amostra total	Mato Grosso do Sul	São Paulo	Sem informação do estado
Frequência (%)				
¹ Geral	259 (100,0%)	65 (25,1%)	189 (73,0%)	5 (1,9%)
²Gênero				
Feminino	221 (85,3%)	54 (83,1%)	164 (86,8%)	3 (60,0%)
Masculino	38 (14,7%)	11 (16,9%)	25 (13,2%)	2 (40,0%)
²Profissão				
Agente Comunitário de Saúde	64 (24,7%)	23 (35,4%)	41 (21,7%)	0 (0,0%)
Assistente Social	12 (4,6%)	4 (6,2%)	8 (4,2%)	0 (0,0%)
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	24 (9,3%)	10 (15,4%)	14 (7,4%)	0 (0,0%)
Auxiliar ou Técnico de Odontologia	5 (1,9%)	1 (1,5%)	4 (2,1%)	0 (0,0%)
Dentista	13 (5,0%)	4 (6,2%)	9 (4,8%)	0 (0,0%)
Educador Físico	3 (1,2%)	0 (0,0%)	3 (1,6%)	0 (0,0%)
Enfermeiro	81 (31,3%)	11 (16,9%)	68 (36,0%)	2 (40,0%)
Farmacêutico	7 (2,7%)	3 (4,6%)	3 (1,6%)	1 (20,0%)
Fisioterapeuta	3 (1,2%)	0 (0,0%)	3 (1,6%)	0 (0,0%)
Médico	22 (8,5%)	8 (12,3%)	12 (6,3%)	2 (40,0%)
Nutricionista	3 (1,2%)	1 (1,5%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)
Psicólogo	8 (3,1%)	0 (0,0%)	8 (4,2%)	0 (0,0%)
Outros	14 (5,4%)	0 (0,0%)	14 (7,4%)	0 (0,0%)
²Função no trabalho				
Assistencial (assistência direta a pacientes e familiares)	180 (69,5%)	53 (81,5%)	123 (65,1%)	4 (80,0%)

Gerencial (gestão de equipe ou setor, etc.)	41 (15,8%)	2 (3,1%)	39 (20,6%)	0 (0,0%)
Ambas as funções	38 (14,7%)	10 (15,4%)	27 (14,3%)	1 (20,0%)
				Continua...
				.
				Continuação...
²Formação				
Técnico	70 (27,0%)	23 (35,4%)	47 (24,9%)	0 (0,0%)
Graduação	77 (29,7%)	20 (30,8%)	55 (29,1%)	2 (40,0%)
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	100 (38,6%)	17 (26,2%)	80 (42,3%)	3 (60,0%)
Pós-Graduação <i>stricto sensu</i> Mestrado	11 (4,2%)	5 (7,7%)	6 (3,2%)	0 (0,0%)
Pós-Doutorado	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)

¹Porcentagens na linha. ²Porcentagens nas colunas.

Fonte: Elaboração da própria autora

Foi realizada análise de associação entre a categoria profissional e a oferta de capacitações sobre protocolo clínico de enfrentamento ao COVID-19, identificando-se associação significativa ($p=0,0005$) entre estas variáveis, observando-se maiores índices de não participação em capacitações nos primeiros meses da pandemia pelos ACS (76,6%) e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem (45,2%), em detrimento aos profissionais de nível superior (26,1%) (Tabela 2).

O resultado da análise de associação entre as variáveis categoria profissional e carga horária do curso de capacitação também foi significativo ($p=0,0005$), observando-se que a maioria dos profissionais participantes de cursos realizou capacitações com carga horária reduzida, entre 15 e 30 horas (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação entre tipo e carga horária da capacitação ofertada segundo a categoria profissional.

Variáveis	Categoria profissional			
	Agente ⁴	Auxiliar ou técnico ⁵	Nível Superior ⁶	Outro ⁶
Tipo de Capacitação	Frequência			
Não participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao Covid-19.	49 (76,6%)	14 (45,2%)	41 (26,1%)	5 (71,4%)
Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao Covid-19 ofertados pelo Ministério da Saúde apenas.	2 (3,1%)	6 (19,4%)	29 (18,5%)	0 (0,0%)
Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao Covid-19 ofertados pelo Ministério da Saúde e capacitação em minha instituição de trabalho.	10 (15,6%)	11 (35,5%)	72 (45,9%)	2 (28,6%)
Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao Covid-19 ofertados por outros órgãos/instituições.	3 (4,7%)	0 (0,0%)	15 (9,6%)	0 (0,0%)
p-valor	³ p=0,0005			
Carga horária de Capacitação	Frequência			
Não participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao Covid-19.	52 (81,2%)	15 (48,4%)	45 (28,7%)	5 (71,4%)
Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao Covid-19 ofertados com carga horária igual ou superior a 15h.	6 (9,4%)	10 (32,3%)	68 (43,3%)	1(14,3%)
Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao Covid-19 ofertados com carga horária igual ou superior a 30h.	3 (4,7%)	3 (9,7%)	24 (15,3%)	0 (0,0%)

Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao Covid-19 ofertados com carga horária igual ou superior a 40h.	3 (4,7%)	3 (9,7%)	20 (12,7%)	1(14,3%)
---	----------	----------	------------	----------

p-valor $^3p=0,0005$

Fonte: Elaboração da própria autora

A metodologia a distância foi frequentemente identificada pelos profissionais que participaram de capacitações, porém houve associação significativa ($p=0,0470$) entre a metodologia do curso de capacitação e o gênero do profissional, sendo identificada maior frequência de profissionais do gênero masculino (26,3%) em cursos teóricos e práticos presenciais do que mulheres, estas tiveram participação em cursos teóricos somente a distância (27,6%).

4 DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde participantes do estudo, em sua maioria, eram do sexo feminino, profissionais de enfermagem, ACS e medicina, e estavam atuando diretamente na assistência a pacientes da APS no período de pandemia da COVID-19. Sendo a enfermagem a principal categoria profissional participante da pesquisa, com predomínio de especialistas.

Estudos nos Estados Unidos (RABINOWITZ L.G.; RABINOWITZ, 2021), Países Baixos (TREVINO-REYNA *et al.*, 2020), Itália (GARZARO *et al.*, 2020) e Cingapura (TAN *et al.*, 2020) também sugerem que a força de trabalho no combate à pandemia é formada preponderantemente por mulheres.

Em 2011, dois conselhos profissionais de saúde no Brasil desenvolveram uma pesquisa para avaliar o perfil epidemiológico dos profissionais da saúde na APS. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) identificaram que ambas as profissões são predominantemente compostas pelo sexo feminino (COFEN, FIOCRUZ, 2020; CFM, CREMESP, 2011). Estudos desenvolvidos em Cingapura apontam a enfermagem como a categoria com maior número de trabalhadores (TAN *et al.*, 2020).

Tais achados correspondem à estimativa de que há cerca de 28 milhões de enfermeiros em todo o mundo, o que corresponde a quase 60% da força de trabalho da saúde e cerca de 90%

dos serviços de saúde primários internacionais (OMS, 2020).

Nessa perspectiva, visto que o quantitativo de enfermeiros se dá como primeira resposta à pandemia e devido à proximidade destes profissionais com a comunidade, torna-se necessário reformas políticas e investimentos nesta categoria (ROSA *et al.*, 2020).

Neste estudo, os profissionais de saúde da APS apresentavam idade média de 39,1 anos (dp = 9,5), variando de 18 a 69 anos. Estudo realizado nos Países Baixos (TREVINO-REYNA, 2020), também identificou um perfil de profissional jovem atuante na pandemia.

Mediante a formação profissional estudada, pode-se inferir que a maioria dos participantes tinha perfil de qualificação relacionada à pós-graduação *lato sensu* (43,2%). Nesse contexto é importante salientar que, em 2011, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), sendo ofertados cursos de especialização aos profissionais da APS. Acredita-se que este programa possa ter estimulado a formação à nível de especialização nestes profissionais (CORTEZ *et al.*, 2019).

Os resultados deste estudo demonstraram que grande parte dos participantes não receberam nenhum tipo de capacitação prévia para a atuação nos primeiros meses de pandemia, especialmente os profissionais ACS (76,6%) e auxiliares ou técnicos de enfermagem (45,2%), mesmo tratando-se de uma doença nova e estando estes profissionais na linha de frente em funções assistenciais. Os profissionais participaram de capacitações com carga horária reduzida, entre 15 e 30 horas, sendo a metodologia de ensino remoto por meio de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) muito presente.

Um estudo (IQBAL, 2020) realizado com profissionais de saúde que trabalham no *National Health Service* (NHS), no Reino Unido, também constatou que não foi fornecido treinamento suficiente aos profissionais atuantes na linha de frente à pandemia (n = 525, 52,13%).

Outro estudo (LOTTA *et al.*, 2020), realizado com 2.138 profissionais da APS no Brasil, identificou que os ACS e ACE são os profissionais que menos receberam treinamentos (13%) e que apenas 31,2% dos profissionais que participaram do estudo receberam treinamentos de como atuar na linha de frente, no início da pandemia da COVID-19.

Ainda, em uma pesquisa (LIMA *et al.*, 2020) multicêntrica conduzida entre os meses de maio a junho de 2020, no Brasil, identificou-se que entre os 2.566 indivíduos participantes da pesquisa, 39% dos profissionais não receberam nenhuma capacitação para atuar no momento

pandêmico.

O SUS, apesar de todos os seus problemas e desafios, incorporou potentes trabalhadores como os ACS e ACE, que desenvolvem formas locais de cuidado com intensidade e impacto nos processos de adoecimento (SEIXAS *et al.*, 2020). É fato que o modelo biomédico, centrado nos hospitais, tem-se revelado um fracasso quando trabalha de forma isolada, dessa forma, reforçando a importância da articulação de tecnologias de cuidado leve, leve-duras e duras no enfrentamento da pandemia e redução de mortes, entendendo que a qualificação dos profissionais está diretamente relacionada à qualidade dos serviços ofertados pela APS (SEIXAS *et al.*, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2020).

O trabalho dos ACS é estratégico no combate à COVID-19, auxiliando na identificação precoce e monitoramento dos casos, além de sua capacidade de comunicação e liderança na comunidade, estando mais próximo da realidade vivenciada pelo usuário, identificando necessidades de intervenção precocemente (DUARTE *et al.*, 2020).

Sabe-se que a capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para a reorganização do processo de trabalho na pandemia e que o conhecimento dos profissionais a respeito da identificação e manejo dos casos assim como o manejo do risco de contágio garante a sua segurança (LIMA *et al.*, 2020).

Torna-se relevante, por conseguinte, a capacitação dos trabalhadores para uso correto de EPIs (WONG *et al.*, 2020; LOTFINEJAD; PETERS; PILLET, 2020) e entendimento dos protocolos de combate à pandemia, como medida de prevenção de contaminação dos profissionais que estão na linha de frente (GALLASCH *et al.*, 2020).

Outros autores (JACKSON FILHO *et al.*, 2020) discutem a proteção dos trabalhadores no enfrentamento da pandemia e reforçam que o trabalhador deveria ser preparado para sua proteção e para o entendimento do papel importante que tem no combate à epidemia, ampliando a capacitação para Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), como ocorre em outros países.

Sobre a metodologia das capacitações, elas podem ser direcionadas à criação de redes colaborativas voltadas à disponibilização de suporte técnico e treinamentos de pessoal por meio de material instrucional como folhetos, *workshops*, diretrizes, protocolos, atualizações técnicas e desenvolvimento de estudos de caso clínico como estratégia pedagógica para capacitar esses profissionais (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Um estudo (SANTOS *et al.*, 2020), realizado em um município brasileiro, lançou mão da técnica de simulação pela qual os profissionais da APS foram capacitados para o atendimento dos casos suspeitos e confirmados da COVID-19. O uso da técnica se mostrou relevante, pois, além de proporcionar conhecimentos técnico-científicos aos participantes, possibilitou-lhes vivenciar uma situação de incerteza e insegurança trazida pela pandemia.

Outro estudo (WENLOCK *et al.*, 2020), realizado com funcionários de hospitais universitários em Brighton e Sussex, a partir da técnica de simulação no atendimento de emergência a pacientes com COVID-19, demonstrou que esta aumenta a confiança dos participantes em responder a emergências.

Ademais, destaca-se o uso de TIC como estratégia de capacitação, sendo que, em Cingapura, toda equipe foi prontamente atualizada utilizando canais de comunicação rápidos e eficientes como *e-mail* e grupos de bate-papo móveis, assim como foram capacitados para a utilização dos EPIs e lavagem das mãos (LIM; WONG, 2020).

Um hospital em New York também substituiu as orientações presenciais por treinamento *on-line* e criaram um portal externo para permitir o acesso aos materiais. Além disso, a liderança do setor de tecnologia da informação estabeleceu uma programação de treinamento *on-line* diário para todos os novos membros da equipe e voluntários sobre como usar o sistema. As orientações e aulas *on-line* forneceram um recurso educacional individualizado para todos os membros da equipe, novos contratados e voluntários (KEELEY *et al.*, 2020).

Algumas limitações do estudo virtual devem ser observadas quando realizado interpretação dos resultados da pesquisa como: o não entendimento das questões mesmo sendo oferecido contato dos pesquisadores (*e-mail*, telefone) para esclarecimento de dúvidas quando necessário e a seleção da amostra por conveniência, restringindo o estudo e generalizando os resultados. Outra limitação foi o fato de não conter questões sobre o conteúdo oferecido nos cursos de capacitação, não sendo possível inferir se os conteúdos foram suficientes para o esclarecimento dos profissionais participantes.

O estudo pode identificar que o número de profissionais especialistas na APS é considerável e que a maioria não participou de capacitações para sua atuação nos primeiros meses da pandemia por COVID-19 e quando participaram, os cursos foram ofertados por meio de tecnologias. Esta deficiência foi identificada especialmente aos ACS e ACE, mesmo estando

na assistência direta aos pacientes e familiares e foram reconhecidos como importantes por sua capacidade de comunicação e liderança, estando próximos da comunidade, identificando e intervindo precocemente.

Restou claro que a formação de profissionais da APS para a atuação durante a pandemia da COVID-19 é de suma importância e contribui para diminuição da incidência da infecção na população, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade além da diminuição da ansiedade pela insegurança e medo do desconhecido.

Este estudo evidencia a importância de políticas voltadas para a educação permanente de profissionais de saúde da APS, do uso de tecnologias e metodologias ativas na formação da força de trabalho no combate à pandemia da COVID-19.

5.3 ARTIGO 3 - GESTÃO DE SERVIÇOS NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19: ESTUDO TRANSVERSAL

GESTÃO DE SERVIÇOS NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19: ESTUDO TRANSVERSAL

SERVICE MANAGEMENT FROM THE PERSPECTIVE OF PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS IN THE COVID-19 PANDEMIC: CROSSCUTTING STUDY

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção de profissionais da saúde sobre a atuação da gestão municipal dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no início da pandemia da COVID-19. **Métodos:** Estudo de abordagem quantitativa, transversal analítico, do tipo *survey*, realizado em uma amostra aleatória de 259 profissionais de saúde da APS dos estados de Mato Grosso do Sul (MS) e São Paulo (SP), atuantes na gestão e na assistência direta, no período inicial da pandemia. Foi aplicado um questionário semiestruturado virtual para a obtenção dos dados. As variáveis “Estado, Categoria profissional e Função exercida” foram consideradas variáveis independentes e “Oferta de recursos humanos e de materiais e Apoio da gestão”, variáveis dependentes. A associação entre as variáveis foi avaliada por meio do teste exato de Fisher. **Resultados:** A maioria dos participantes, 140 (54,1%), relatou ser suficientes quanti e qualitativamente os recursos materiais disponibilizados para atendimento no período inicial de pandemia embora tenham sido identificados um percentual expressivo que considerou parcialmente satisfatório ou insatisfatório 119 (45,9%). A mesma situação foi identificada com relação a recursos humanos, onde a maioria relatou ser suficiente e adequado tanto quantitativa como qualitativamente 135 (52,1%) e 124 (47,9%) consideraram insuficientes ou parcialmente suficientes. Quanto a infraestrutura das Unidades de saúde, 155(59,80%) consideraram

inadequada, pouco adequada ou parcialmente adequada para o atendimento durante o período. Identificado insatisfação quanto à logística no que se refere ao apoio da gestão municipal 129 (40,8%). A percepção quanto à logística de fluxos e transporte foi diferente entre profissionais que atuam na assistência e na gestão ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os profissionais da APS consideraram a gestão municipal da pandemia, em diferentes aspectos, como inadequada. Portanto, faz-se necessário que sejam implementadas políticas públicas e de gestão que valorizem os serviços de APS e seus profissionais, garantindo condições adequadas de trabalho, o que refletirá em melhor atendimento e satisfação para os usuários do SUS.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Coronavírus. Vigilância em Saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyse the perception of health professionals about the performance of municipal management of Primary Health Care (PHC) services at the beginning of the COVID-19 pandemic. **Methods:** a quantitative, cross-sectional, survey-type study, conducted on a random sample of 259 PHC health professionals from the states of Mato Grosso do Sul (MS) and São Paulo (SP), working in management and direct care, in the initial period of the pandemic. A semi-structured virtual questionnaire was applied to obtain data. The variables “status, professional category and function performed” were considered independent variables and “supply of human and material resources and management support” as dependent variables. The association between variables was assessed using Fisher's exact test. **Results:** Most participants, 140 (54.1%), reported that the material resources made available for assistance in the initial period of the pandemic were sufficient in terms of quantity and quality, although a significant percentage was identified that they considered partially satisfactory or unsatisfactory 119 (45.9%). The same situation was identified with regard to human resources, where the majority reported being sufficient and adequate both quantitatively and qualitatively 135 (52.1%) and 124 (47.9%) considered insufficient or partially sufficient. The same situation was identified with regard to human resources, where the majority reported

being sufficient and adequate both quantitatively and qualitatively 135 (52.1%) and 124 (47.9%) considered insufficient or partially sufficient. As for the infrastructure of the Health Units, 155 (59.80%) considered it inadequate, poorly or partially adequate for the care during the period. Identified dissatisfaction with the logistics with regard to the support of municipal management 129 (40.8%). The perception about the logistics of flows and transport was different among professionals working in care and management ($p < 0.05$).

Conclusion: PHC professionals perceive the municipal management of the pandemic, in different aspects, as inadequate. It is necessary to implement public and management policies that value the PHC services and their professionals, ensuring adequate working conditions, which will reflect in a better service and satisfaction for SUS users.

Descriptors: Primary Health Care. COVID-19. Coronavirus. Health Surveillance. Health Management.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta um papel essencial frente a situações emergenciais, tal como a pandemia de *Corona Virus Disease- 2019* (COVID-19). A gestão da APS é fundamental tanto para a contenção da pandemia quanto para o não agravamento das pessoas acometidas pela doença. Neste contexto, o planejamento das ações e a reorganização dos serviços devem basear-se em dados e nas características da epidemia, prevenindo-se a alocação de recursos materiais e humanos, infraestrutura, fluxos e protocolos bem-definidos (SARTI *et al.*, 2020).

Casos de pneumonia de etiologia desconhecida foram identificados em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, sendo posteriormente identificado um Novo Coronavírus (2019-nCoV), que ocasionou um surto preocupante de Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) (CHOPRA *et al.*, 2019). A infecção provocada pelo 2019-nCoV recebeu o nome oficial de *Corona Virus Disease-2019* (COVID-19), em 11 de fevereiro de 2020 (GOSTIN; FRIEDMAN; WETTER, 2020), sendo considerada uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020. Em março de 2020, a OMS,

após reconhecer a distribuição geográfica da doença, caracterizou a COVID-19 como uma pandemia (BRASIL,2020b).

O Brasil confirmou até o dia 15 de julho de 2021, 19.209.729 casos e 537.394 mortes, conforme dados do painel coronavírus, sendo a região Sudeste a mais atingida (BRASIL, 2021a). Ainda no contexto brasileiro, a pandemia trouxe mudanças significativas no processo de trabalho das equipes de APS, gerando demandas excessivas nas unidades de saúde e, conseqüentemente, falta de equipamentos e materiais (GALLASCH *et al.*; 2020). Houve necessidade de reorganização das agendas priorizando os atendimentos dos casos de urgência e emergência em detrimento dos procedimentos eletivos. Até mesmo as visitas domiciliares dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e Agente de Controle de Endemias (ACE), que são atividades rotineiras e de fortalecimento do vínculo equipe-unidade familiar, passaram a ser realizadas no peridomicílio, ou em casos de extrema necessidade (GOIS *et al.*, 2020).

Neste contexto, a gestão em saúde torna-se um importante guia norteador das iniciativas e decisões que poderão impactar diretamente a vida das pessoas. A gestão envolve diferentes aspectos, que se iniciam na elaboração de planos e metas para atingir um objetivo até o diagnóstico, a conclusão e o planejamento das ações que visam à melhoria da qualidade de vida individual e coletiva de cada comunidade (PESSOA *et al.*, 2020).

A Constituição federal brasileira prevê a descentralização do sistema de saúde no país, tornando a gestão do sistema uma responsabilidade compartilhada pela União, estados e municípios, respeitando a autonomia de cada ente federado. Contudo a esfera municipal tornou-se a principal responsável pela gestão da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e os gestores municipais assumiram papel fundamental para a execução das ações e dos serviços de saúde segundo as particularidades de cada local (ARCARI *et al.*, 2020).

A APS constitui-se na principal porta de entrada do sistema de saúde municipal, oferecendo serviços de caráter individual e coletivo, organizando seu processo de trabalho de modo a exercer uma abordagem integral do processo saúde-doença, responsabilizando-se pelo usuário, mesmo que este seja atendido por outras unidades; desse modo, norteador as atividades da rede de atenção à saúde (LAVRAS, 2011).

Diante disso, em um cenário pandêmico, tem importante papel como coordenadora e ordenadora da rede, garantindo o atendimento, classificação de risco e encaminhamento oportuno para demais pontos da rede de atenção, além do acompanhamento longitudinal dos

casos e cuidado integral ao indivíduo com foco na sua família. Evita-se, dessa forma, a propagação da doença, bem como o encaminhamento desnecessário a outros serviços de maior complexidade (HARZHEIM *et al.* 2020).

Contudo, para que a gestão possa ser efetiva, a APS necessita de alocação de recursos financeiros suficientes para o atendimento das demandas da pandemia; dimensionamento de profissionais suficientes e qualificados; oferta de testes diagnósticos; exames complementares, medicamentos e equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade suficiente para atender à demanda; disponibilização de espaço físico adequado para o acolhimento do usuário; elaboração de protocolos e fluxos para a garantia de acesso a outros pontos da rede quando houver necessidade (SARTI *et al.*, 2020).

Assim, tornam-se relevantes estudos que identifiquem a percepção de profissionais que atuam na APS, em diferentes contextos e categorias, quanto à atuação da gestão municipal, no que tange à oferta de recursos materiais e humanos, fluxos de atendimento e logística de transporte, além do apoio oferecido pelos gestores aos profissionais que atuam na linha de frente neste período.

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a percepção de profissionais de saúde sobre a atuação da gestão municipal dos serviços da APS no início da pandemia da COVID-19.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal analítico, do tipo *survey*, realizado com profissionais de saúde atuantes na APS dos estados brasileiros de Mato Grosso do Sul e São Paulo, durante os primeiros meses de pandemia da COVID-19.

O estado de Mato Grosso do Sul é o sexto do país em extensão territorial, correspondendo a 4,19% da área total do Brasil com uma população de 2.651.235 habitantes, residentes nos 79 municípios distribuídos geograficamente (BRASIL, 2020f). A rede física de estabelecimentos de saúde do estado é composta por 4.257 estabelecimentos cadastrados e, destes, 1.392 são estabelecimentos públicos e privados com vínculo ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com 575 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), presentes nos 79 municípios, sendo que 42 deles apresentam 100% de cobertura na APS (BRASIL, 2020f).

O estado de São Paulo se constitui na terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul, localizado no sudeste brasileiro, possui 3% do território nacional, conta com 42,6 milhões de habitantes, o que representa 22% da população do país (BRASIL, 2020f). É constituído de 645 municípios, dos quais 273 são considerados de pequeno porte com menos de 10 mil habitantes. A Secretaria de Estado da Saúde está dividida em 17 Departamentos Regionais de Saúde, divididos em 63 regiões de saúde, correspondente às regiões dos Colegiados de Gestão Regional (CIR). Possui a maior capacidade instalada vinculada ao SUS no país, com 4,4 mil Unidades Básicas de Saúde. Atualmente, o Programa de Saúde da Família paulista está com 5,2 mil equipes, com cobertura de 62,9% da população (BRASIL, 2020f).

A coleta de dados foi realizada no período de junho a outubro de 2020, por meio de questionário virtual inserido na plataforma *google form*. Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: profissional de saúde maior de 18 anos, atuante há pelo menos seis meses na gestão ou assistência direta da APS nos estados de São Paulo ou Mato Grosso do Sul. Foram consideradas as seguintes categorias profissionais: Médico; Enfermeiro; auxiliar ou Técnico de Enfermagem; Nutricionista; Farmacêutico; Psicólogo; Assistente Social; Cirurgião-Dentista; Agente Comunitário de Saúde; Auxiliar ou Técnico de Odontologia ou Outra categoria profissional de saúde atuante no período. Foram excluídos os profissionais afastados do serviço antes do início da pandemia no país.

O processo de obtenção da amostra foi não probabilístico, pois os participantes foram convidados por amostragem em cadeia, do tipo Bola de Neve. Assim, seguindo os preceitos do método, cada pesquisador do estudo escolheu, em sua rede de contatos, profissionais de saúde dos dois estados escolhidos e enviaram o *link* da pesquisa aos potenciais participantes que atendessem aos critérios de inclusão, buscou-se obter uma amostra heterogênea dentro das diferentes categorias profissionais. A amostra por conveniência foi composta por profissionais de saúde da APS, atuantes no período da pandemia da COVID-19 nos estados de Mato Grosso do Sul e São Paulo. Registrou-se um total de 282 acessos aos questionários, sendo que seis pessoas não aceitaram os termos de anuência ou não finalizaram o preenchimento do instrumento. Também foram excluídas respostas repetidas, idênticas e sequenciais, entendendo-se tratar de participantes que preencheram o questionário duas ou mais vezes, totalizando 259 participantes nos dois estados estudados.

O questionário virtual semiestruturado utilizado foi proposto pelas próprias

pesquisadoras, considerando-se os aspectos da gestão da APS na pandemia mencionadas no Manual de Recomendações de Proteção aos Trabalhadores dos Serviços de Saúde no Atendimento de COVID-19 e Outras Síndromes Gripais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020e) e no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, 8ª versão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020c). O instrumento permitiu a obtenção de dados sociodemográficos e contava com 11 questões acerca das atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS e sobre a percepção destes profissionais quanto ao apoio da gestão municipal no período de pandemia, por meio de um *link*, via *e-mail* e/ou WhatsApp acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes do início da coleta, foi aplicado um pré-teste do instrumento a dez profissionais, sendo: dois profissionais médicos, três enfermeiros, dois auxiliares e três agentes comunitários de saúde, para a avaliação semântica das questões do instrumento, com o objetivo de verificar se havia compreensão do que se queria de cada questão e se as questões eram relevantes para o alcance dos objetivos pretendidos. Após essa etapa, realizaram-se alguns ajustes para obtenção da versão final do instrumento.

O instrumento contemplou questões de múltipla escolha, além de dados de caracterização sociodemográfica (sexo; idade; profissão grau de formação; função na unidade de trabalho (assistencial; gerencial ou ambas as funções) e Estado de atuação. As questões de múltipla escolha remetiam à percepção dos profissionais quanto à gestão da APS durante a pandemia, referente: à disponibilização de recursos materiais e humanos quali e quantitativamente, à adequação da infraestrutura física para o atendimento; ao apoio da gestão aos serviços; à organização do fluxo de atendimento e à logística de transporte.

Foram realizadas análises descritivas das variáveis, por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e médias, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo para a idade. Os testes de qui-quadrado e Exato de Fisher foram aplicados para analisar as associações entre as variáveis. Todas as análises foram realizadas com recursos do programa R e com nível de significância de 5%.

Estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), com parecer de aprovação de n.º 4.062.744, CAAE: 31493920.8.0000.0021.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 259 profissionais de saúde da APS, sendo 189 (73,0%) do estado de São Paulo (SP), 65 (25,1%) do estado de Mato Grosso do Sul (MS) e 5 (1,9%) *missing*. A maioria dos profissionais que participou da pesquisa era enfermeiros 81 (31,3%), seguidos de agentes comunitários de saúde 64 (24,7%), auxiliares e técnicos de enfermagem 24 (9,3%) e médicos 22 (8,5%). Houve a participação de outras categorias profissionais como odontólogos 13 (5,0%), assistentes sociais 12 (4,6%), psicólogos 8 (3,1%), farmacêuticos 7 (2,7%) e outros 28 profissionais (10,81%).

Sobre o tipo de atividade assistencial e gerencial desenvolvida pelos profissionais da APS durante a pandemia, identificou-se que 180 profissionais atuavam na assistência direta a pacientes e familiares (69,5%), 41 na área gerencial, podendo ser gestor de equipe ou setor (15,8%) e 38 profissionais atuavam em ambas as funções (14,7%).

No que tange às percepções dos profissionais quanto à disponibilidade de recursos materiais e recursos humanos pela gestão municipal, embora a maioria dos participantes, 140 (54,1%), tenha relatado que os recursos materiais disponibilizados para atendimento no período inicial de pandemia foram suficientes tanto quantitativa como qualitativamente, identificou-se um percentual expressivo que considerou em quantidade adequada, mas de qualidade questionável, 60 (23,2%), 41 (15,8%) responderam que os materiais são insuficientes tanto quantitativa como qualitativamente e 18 (6,9%) afirmaram ser em quantidade insuficiente, mas de qualidade. Não houve diferença significativa entre os estados de SP e MS.

Em relação aos recursos humanos, 135 profissionais (52,1%) consideraram ser suficiente quanti e qualitativamente para a atuação no período inicial de pandemia; 46 (17,8%), em quantidade insuficiente, mas qualificados para a atuação; 42 (16,2%), em quantidade adequada, mas não qualificados para a atuação; e 36 (13,9%) consideraram insuficientes quanti e qualitativamente para a atuação durante a pandemia. Não houve associação significativa entre os estados de SP e MS.

Quanto à estrutura física, 104 (40,2%) consideraram adequada para o atendimento no período de pandemia; 91 (35,1%), como parcialmente adequada para o atendimento no período de pandemia; 39 (15,1%), como pouco adequada; e 25 (9,7%), como inadequada. Houve diferença significativa quando analisada a infraestrutura relacionada ao estado de atuação dos

profissionais participantes, sendo que 85 (45,0%) dos profissionais do estado de São Paulo avaliaram a infraestrutura adequada, enquanto no estado de Mato Grosso do Sul, este percentual foi de 17 (26,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Infraestrutura das unidades de atendimento segundo o estado de atuação.

Infraestrutura	Estado de atuação			
	Total amostra	MS	SP	Não ident.
	N/%	Nº/%	Nº/%	Nº/%
Adequada para o atendimento no período de pandemia.	104 (40,2%)	17 (26,2%)	85 (45,0%)	2 (40,0%)
Inadequada para o atendimento no período de pandemia.	25 (9,7%)	8 (12,3%)	16 (8,5%)	1 (20,0%)
Parcialmente adequada para o atendimento no período de pandemia.	91 (35,1%)	30 (46,2%)	59 (31,2%)	2 (40,0%)
Pouco adequada para o atendimento no período de pandemia.	39 (15,1%)	10 (15,4%)	29 (15,3%)	0 (0,0%)
p-valor	$\chi^2 p=0,0440$			

Fonte: Elaboração da própria autora

Na análise logística relacionada ao apoio recebido da gestão, embora a maioria dos profissionais tenha relatado ter recebido apoio adequado para o atendimento no período de pandemia, 130 (50,2%), detectou-se um número considerável que respondeu ser inadequado, parcialmente adequado e pouco adequado, representando 129 (40,8%) dos profissionais participantes. A situação é semelhante nos dois estados SP e MS.

Quanto à logística de organização de fluxo para o atendimento, o estudo revela que existe uma percepção diferente entre profissionais que atuam na gestão de profissionais que atuam na assistência, sendo que os profissionais de Gestão da Atenção Primária 11 (78,6%) consideraram como adequado para o atendimento no período de pandemia, enquanto que para profissionais que atuam nas Unidades básicas de saúde e Serviços de atenção domiciliar, detectou-se um percentual importante (52%) que avaliou parcialmente adequada, pouco adequada ou inadequada ($p < 0,0365$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Logística quanto à organização do fluxo de atendimento segundo o local de trabalho.

Logística (organização do fluxo de atendimento)	Local de trabalho		
	Unidade Básica de saúde e Serviço de Atenção domiciliar	Gestão da Atenção Primária	Outros
	Nº/%	Nº/%	Nº/%
Inadequada para o atendimento no período de pandemia.	12 (5,9%)	0 (0,0%)	4 (9,8%)
Pouco adequada para o atendimento no período de pandemia.	14 (6,9%)	2 (14,3%)	5 (12,2%)
Parcialmente adequada para o atendimento no período de pandemia.	80 (39,2%)	1 (7,1%)	18 (43,9%)
Adequada para o atendimento no período de pandemia.	98 (48,0%)	11 (78,6%)	14 (34,1%)
p-valor	³ p=0,0365		

Fonte: Elaboração da própria autora

Em relação à logística relacionada ao transporte, 122 (47,1%) profissionais consideraram ser adequada para o atendimento no período de pandemia, porém se somar os profissionais que responderam considerar inadequada, parcialmente inadequada e pouco adequada, estes são a maioria, 137 (52,9%), sendo este resultado semelhante nos dois estados SP e MS. Entre a maioria dos profissionais que consideraram adequado, 10 (71,4%) atuavam na gestão da APS.

4 DISCUSSÃO

O estudo possibilitou avaliar a percepção de profissionais de saúde sobre a atuação da gestão municipal dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no início da pandemia da COVID-19.

Identificou no que se refere a disponibilidade e organização de recursos materiais no combate à pandemia, que a maioria dos profissionais participantes consideram os recursos ofertados como suficientes tanto quantitativa e qualitativamente, 140 (54,1%), embora tenham

sido identificados percentuais de profissionais que consideraram a qualidade questionável 60 (23,2%), sendo que 41(15,8%) responderam que os materiais são insuficientes tanto quantitativa como qualitativamente e 18 (6,9%) afirmaram ser em quantidade insuficiente, mas de qualidade.

É certo que em situações de crises humanitárias como as pandemias, há uma ameaça ao equilíbrio dos sistemas de saúde devido ao grande número de pessoas acometidas pela doença, resultando em uma grande demanda, podendo impactar diretamente no quantitativo de recursos materiais (SATOMI *et al.*, 2020). Quanto à quantidade e qualidade dos recursos, esses dados são coincidentes com alguns estudos realizados na Europa que apontam, por exemplo, que os equipamentos de proteção individual (EPI) foram direcionados aos hospitais, deixando os trabalhadores da APS desprovidos desses equipamentos ou supridos de equipamentos com qualidade inferior (RAWAF *et al.*, 2020; KENDRICK *et al.*, 2021).

É certo que o planejamento de estratégias a serem adotadas pela gestão municipal impactam na alocação dos recursos. De acordo com dois estudos (DAUMAS *et al.*, 2020; SATOMI *et al.*, 2020) que refletem sobre alocação de recursos durante a pandemia, indicando que a programação antecipada, a reorganização dos serviços, o estabelecimento de protocolos, integração entre os serviços de APS e serviços de internação e de urgência/emergência podem diminuir o desperdício de recursos escassos, tornando-os suficientes para o enfrentamento da crise. No que se refere aos recursos humanos, os resultados mostraram uma predominância de profissionais que consideraram estes suficientes quantitativa e qualitativamente, 135 (52,1%). No entanto, 124 (47,9%) profissionais responderam ser insuficiente. Estudos (GLERIANO *et al.*, 2020; KENDRICK *et al.*, 2021) mostram que devido à contaminação de profissionais pelo vírus, estes ficaram impossibilitados de exercer suas atividades laborais, além de muitos terem perdido suas vidas; outros presenciando tantas mortes e acometidos de sobrecarga de trabalho foram afastados de suas atividades em razão ao adoecimento mental. Devido a esses fatos, houve momentos de escassez deste recurso tão importante ao enfrentamento da pandemia. É fato que a gestão de pessoas é, sem dúvida alguma, um grande desafio a ser enfrentado no período de pandemia (GLERIANO *et al.*, 2020).

No período inicial da pandemia por COVID-19, os municípios brasileiros, em sua maioria, organizaram serviços específicos para atendimento dos casos suspeitos de síndrome gripal, semelhante ao que ocorreu na cidade do Cabo, na África do Sul (MASH; GOLIATH;

PEREZ, 2020), contribuindo desta forma para que os profissionais não sentissem a falta de recursos humanos.

No tópico relacionado à infraestrutura do serviço, houve uma discordância entre os profissionais dos dois estados, sendo que, no estado de SP, 85 (45,0%) deles avaliaram a estrutura adequada para o atendimento no período da pandemia; enquanto que, no estado de MS, 48 (73,84%) consideraram a infraestrutura parcialmente adequada, pouco adequada ou inadequada para o atendimento. Engstrom *et al.* (2020) descreve que as unidades devem ser organizadas de forma a tornarem-se “ambientes seguros” aos profissionais, que devem organizar os atendimentos a pessoas com sintomas respiratórios preferencialmente por teleatendimento. Reforça ainda a importância da criação de fluxos evitando aglomerações e o contato de usuários com sintomas de outros usuários, devendo ser criado espaços específicos para acolhimento, espera e triagem; espaçosos que possibilitem o distanciamento de pelo menos dois metros entre as pessoas. Sugere a utilização de tendas fora da UBS. Espaço adequado para atendimento de casos moderados a graves deve ser pensado, onde será mantido o paciente até sua estabilização. Este espaço deve prever ventilação adequada.

Estudos de revisão realizados na China e Reino Unido (TANG *et al.*, 2020; JARVIS, 2020) confirmaram que a exposição a pequenas partículas e gotículas maiores e/ou contato direto com pessoas contaminadas ou superfícies contaminadas levam à infecção pelo SARS-Cov-2, sendo o tempo de exposição ao vírus um fator importante para a contaminação. Reforçam os benefícios dos EPIs e justificam a importância da ventilação de ambientes e uso de sistemas que promovam a circulação do ar, sendo as medidas de controle da superlotação de ambientes relevantes. Além da questão da ventilação, estudos (MORAWSKA; CAO, 2020; SCHUIT, 2020) mostram que é importante a exposição à luz solar, pois estas inativam o vírus em poucos minutos.

Durante a pandemia, na maioria dos países, a gestão se voltou para os serviços de atenção secundária e terciária, devido a estes englobarem o cuidado dos pacientes acometidos pelo COVID-19 de maior complexidade, dessa forma, não tendo um olhar atento à APS (RAWAF *et al.*, 2020). Esta afirmativa pode justificar as considerações acerca do apoio da gestão expressas nos resultados da pesquisa, pois, embora a maioria dos profissionais tenha relatado ter recebido apoio adequado para o atendimento durante a pandemia, 130 (50,2%), foi identificado, no estudo, um número significativo de profissionais, 129 (40,8%), que considerou

inadequado, parcialmente adequado e pouco adequado. É fundamental ressaltar a importância da APS como porta de entrada dos pacientes, monitoramento dos casos positivos e seu papel educativo na pandemia, pois a prevenção ainda é o melhor caminho para a diminuição dos casos (MENDES, 2020).

No que tange à logística de organização de fluxo para o atendimento, detectou-se, no estudo, uma associação significativa ($p < 0,05$) ao ser comparado o local de atendimento dos profissionais participantes. A percepção dos profissionais de gestão é diferente dos profissionais que estão na assistência, sendo que, entre os profissionais da gestão da APS, 11 (78,6%) consideraram como adequado para o atendimento no período de pandemia, enquanto que, para profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde e serviços de atenção domiciliar, 52% apontaram como parcialmente adequada, pouco adequada ou inadequada. Este fato relaciona-se ao conhecimento do Protocolo de Manejo Clínico para a Atenção Primária instituído pelo Ministério da Saúde. Embora tenha sido implementado visando padronizar o atendimento aos sintomáticos respiratórios a todas as categorias profissionais envolvidas no atendimento (GOIS *et al.*, 2020), estudos relatam que houve precariedade de capacitações de profissionais quanto ao mesmo, especialmente aos profissionais ACS, auxiliares e técnicos (IQBAL, 2020; LOTTA *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2020), fato que justifica o resultado da pesquisa, cujos profissionais da gestão consideraram a organização de fluxo para o atendimento satisfatória em detrimento aos profissionais das unidades de atendimento. Há também de se destacar os casos em que a gestão não tem o conhecimento dos problemas gerados nas unidades relacionados ao fluxo de atendimento, em que as necessidades dos profissionais de saúde relacionadas ao cuidar colidem com as necessidades imediatistas dos pacientes, que se além à experiência individual da doença; estas necessidades, quando não atendidas a tempo e contento, acabam imputando à gestão culpa pela morosidade da resolução desses problemas, o que corrobora a avaliação dos profissionais da assistência na avaliação deste item (GAVALLOTE *et al.*, 2016).

Outro dado relevante evidenciado pela pesquisa foi relacionado à logística de transporte, identificando uma percepção e análise diferentes entre os profissionais que atuam na gestão quando comparados aos profissionais que atuam na assistência. Entre os profissionais da assistência, a maioria considerou inadequada, parcialmente inadequada e pouco adequada 137 (52,9%), enquanto os profissionais que atuam na gestão 71,4% dos participantes consideraram a logística de transporte adequada.

Diante de uma situação pandêmica a logística de transporte da maioria das cidades brasileiras foi afetada, visto que houve um aumento significativo de demanda e os cuidados para evitar a disseminação da doença foram intensificados. O transporte interinstitucional de pacientes suspeitos ou confirmados deve ser feito somente se extremamente necessário e seguindo as recomendações de biossegurança descritas no manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2021c). Para o enfrentamento de uma pandemia é essencial que as instâncias de atenção à saúde estejam integradas e que sejam adotadas políticas para garantir recursos materiais e humanos, oferecendo assim condições adequadas para o trabalho dos profissionais (OPAS, 2020).

O estudo de delineamento transversal apresenta limitações em relação ao estabelecimento de causalidade. Ainda, o uso do método de Bola de Neve, apesar de gerar uma amostra relevante, não pode gerar dados generalizados em razão da sua natureza não probabilística (COSTA *et al.*, 2018). Apesar das limitações reportadas, foi possível verificar que a gestão local da APS deve repensar as estratégias de aprimoramento deste serviço em períodos epidêmicos, vinculando-as às ofertas disponíveis, infraestrutura e organização do processo de trabalho.

5 CONCLUSÃO

A APS é a esfera de cuidado mais próxima dos pacientes e suas famílias e a quem os pacientes buscam primeiro quando acometidos das mais diversas doenças. No caso da COVID-19, apesar de suas consequências e agravamentos, não é diferente, os serviços de APS são considerados “porta de entrada” e primeiro acesso ao sistema de saúde, por isso, devendo estarem qualificados para este atendimento. Estas características tão importantes tanto para o cuidado quanto para a educação em saúde, primordial no manejo da prevenção e da assistência nos casos da COVID-19, e não podem passar despercebidas pela gestão nas três esferas de governo, especialmente pela gestão municipal.

Conclui-se com o presente estudo que embora a maioria dos profissionais da APS perceberam a gestão municipal da pandemia, em diferentes aspectos, como adequada, existe um grande percentual de profissionais que consideraram os recursos tanto materiais como humanos insuficientes ou pouco suficientes quanti e qualitativamente. A percepção quanto à

logística de fluxos e transporte foi diferente entre profissionais que atuavam na assistência e na gestão.

Porquanto, faz-se necessário que sejam implementadas políticas públicas e de gestão que valorizem os serviços de APS e seus profissionais, garantindo condições adequadas de trabalho, o que refletirá em melhor atendimento e satisfação para os usuários do SUS.

6 CONCLUSÃO

Demonstra-se, a partir dos resultados deste estudo, que o perfil dos profissionais na APS, sujeitos desta amostra, era de mulheres, adultas, jovens atuantes na assistência direta a usuários e familiares em ambos os estados pesquisados. Os profissionais encontravam-se com sobrecarga de trabalho por exercer atividades em mais de um vínculo empregatício e com carga horária extensa, sendo este um potencial motivo para desencadear stress físico e mental perante a conjuntura pandêmica pela qual se passava no momento da pesquisa. As condições de trabalho durante a pandemia parecem depender das políticas públicas estaduais, das categorias profissionais e da atuação dos profissionais. Quanto à proteção do trabalhador, o estudo evidenciou deficiências, sobretudo, na oferta e no uso de EPIs e de testes para detecção do vírus, desse modo, expondo os profissionais da APS a risco de contrair a infecção pelo Covid-19, sendo que a categoria profissional em maior risco é a de ACS, por conseguinte, exigindo uma atenção especial quanto às medidas protetivas no âmbito da saúde do trabalhador. As infraestruturas das unidades de saúde foram apontadas como deficientes para realização de procedimentos preconizados no protocolo de atendimento de pacientes suspeitos e/ou confirmados. É considerável o número de profissionais especialistas na APS, porém estes não foram capacitados para atuação no período inicial da pandemia. E as capacitações que foram oferecidas, geralmente, pelo Ministério da Saúde, foram realizadas no próprio serviço, com carga horária reduzida e na modalidade a distância. A não participação em capacitações foi mais detectada entre os profissionais ACS e ACE, mesmo diante do reconhecimento no tocante à importância deste profissional no enfrentamento da pandemia e no papel de educação em saúde que exerce.

Os profissionais identificaram fragilidades quanto à logística de apoio da gestão municipal e na logística de fluxos e transporte. A percepção dos profissionais atuantes na gestão quanto à logística relacionada ao fluxo de atendimento e transporte foi mais positiva do que a percepção dos profissionais atuantes na assistência direta, que apontaram dificuldades no que tange à logística.

Posto isso, entende-se, aqui, que se faz necessário o estabelecimento de políticas de gestão municipal que valorizem os serviços da APS e dos seus profissionais, com isso, garantindo condições adequadas e seguras de trabalho, o que poderá refletir, portanto, na

qualidade e na satisfação dos usuários do SUS, que viria a contribuir para mitigação e controle da pandemia.

REFERÊNCIAS

- ARCARI, J.M. *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line]. v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>. Acesso em: 1º ago. 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (Abem). **Resultados preliminares do diagnóstico das escolas médicas na epidemia COVID-19**. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/resultadospreliminares-diagnostico-escolas-medicas/>. Acesso em: 19 abr. 2021.
- AZAMBUJA, H.C.S.; CARRIJO, M.F.; MARTINS, T.C.R.; LUCHESI, B.M. O impacto da vacinação contra influenza na morbimortalidade dos idosos nas regiões do Brasil entre 2010 e 2019. **Cad Saúde Pública**, v. 36, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19)**. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde. fev. 2020a. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf> [acessado em 10/05/2021].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 188 de 03 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 12 ago. 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, versão 8**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, abr. 2020c. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/22/20200422-ProtocoloManejo-ver08.pdf>. Acesso em: 21 de abril de 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 467 de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 12 ago. 2020d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília: COE/SVS/MS, abr. 2020e

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planos estaduais de saúde**. Brasília: Conass, 2020f. Disponível em: <https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude>. Acesso em: 12 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde, 14 jul. 2021a. Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Imunização e Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEIDT). Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI). **Informe técnico - 23ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2021b.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Nota Técnica Gvims/Ggtes/Anvisa N° 04/2020. **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-cov-2)**. Brasília: Anvisa, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CABRINI, L.; GRASSELLI, G.; CECCONI, M. Yesterday heroes, today plague doctors: the dark side of celebration. **Intensive Care Med**, v. 46, p.1790-1791, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06166-4>. Acesso em: 21 abr. 2020.

CHANG, B. B. J.; CHIU, T. Y. Ready for a long fight against the COVID-19 outbreak: an innovative model of tiered primary health care. **BJGP Open**, v. 4, n. 2, jun. 2020.

CHIA, S.E. *et al.* Appropriate use of personal protective equipment among healthcare workers in public sector hospitals and primary healthcare polyclinics during the SARS outbreak in Singapore. **Occup Environ Med.**, v. 62, n. 7, p. 473-477, 2005.

CHOPRA, V. *et al.* How Should U.S. Hospitals Prepare for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)? *In: AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Annals of Internal Medicine*. 11 mar. 2020. Disponível em <https://annals.org/aim/fullarticle/2763037/how-should-u-s-hospitals-prepare-coronavirus-disease-2019-COVID>. Acesso em: 12 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números** [Internet]. Brasília: Cofen, 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **EPIs Para a Enfermagem Durante a Pandemia de COVID-19**. São Paulo: COREN/SP, 2020.

COSTA, B. R. L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v. 7, n. 1, p. 15-37, 2018.

COSTA, N.R. *et al.* Os agentes comunitários de saúde e a pandemia da COVID-19 nas favelas do Brasil. **Obs COVID-19 Informação para Ação**, 2020.

CORTEZ, L.R.; GUERRA, E.C.; DANTAS DA SILVEIRA, N.J.; NORO, L.R.A. A Percepção do Supervisor do Protab sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** [on-line], v. 43, n. 2, p. 48-57, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180161>. Acesso em: 9 jul. 2021. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180161>

DATASUS. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 22 abr. 2020.

DAUMAS, R. P. *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**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. e00104120, abr. 2020.

DEDECCA, C.S.; TROVÃO, C.J.B.M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 18, p. 1555-1567, 2013.

DUARTE, R.B. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde frente à COVID-19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem. **Enferm em Foco**, v.11, 1.ESP, p. 252-256, 2020.

EBERHARDT, L.D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N.T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde Debate**, v. 39, p.18-29, 2015.

ENGSTROM, E. *et al.* **Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19**. Observatório COVID-19 Série Linha de Cuidada COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

FERREIRA, A.P. *et al.* Revisão da literatura sobre os riscos do ambiente de trabalho quanto às condições laborais e o impacto na saúde do trabalhador. **Rev Bras Med do Trab.**, v. 16, n. 3, p. 360-370, 2018.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A.Z.; MOSCOROLA, J. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP (RAUSP)**, v. 35.n. 3,p.105-112, jul.-set. 2000.

GARCÍA-SIERRA, R.M. *et al.* Descriptive study of the health service workers of a Primary Care Department confined by COVID-19. **Rev Esp Salud Publica**, v. 94, 2020.

GALAVOTE, H.S. *et al.* A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 988-1002, dez. 2016. <https://DOI:10.1590/s0104-12902016158633>. Acesso em: 01 ago. 2021.

GALLASCH, C.H. *et al.* Prevalence of COVID-19 testing among health workers providing care for suspected and confirmed cases. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e49596, 2020.

GARZARO, G. *et al.* COVID-19 infection and diffusion among the healthcare workforce in a large university-hospital in northwest Italy. **Med Lav.**, v. 111, n. 3, p. 184-194, 26 jun. 2020. <https://doi:10.23749/mdl.v111i3.9767>. PMID: 32624560; PMCID: PMC7809947.

GOIS, V.T. *et al.* Primary Health Care in Brasil in the times of COVID-19: changes, challenges and perspectives. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 66, n. 7, p. 876-879, 2020.

GLERIANO, J.S. *et al.* Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, spe, 2020.

GOSTIN, L.O.; FRIEDMAN, E.A.; WETTER, S. Responding to COVID-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. **Hastings Center Report** 50, p. 1-5, 2020. <https://QDOI:10.1002/hast.1090>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hast.1090>. Acesso em: 12 abr. 2020.

GREENHALGH, T.; KOH, G.C.H.; CAR, J. COVID-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**, v. 368, n. 1182, mar. 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>. Acesso em: 21 abr. 2020.

HAINES, A. *et al.* National UK programme of community health workers for COVID-19 response. **Lancet**, v. 395, p. 11739175, 2020.

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. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 25, Suppl 1, p. 2493-2497, 2020.

HELIOTERIO, M.C. *et al.* COVID-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trab Educ e Saúde.**, v. 18, 2020.

IQBAL, M.R.; CHAUDHURI, A. COVID-19: Results of a national survey of United Kingdom healthcare professionals' perceptions of current management strategy - A cross-sectional questionnaire study. **Int J Surg.**, v. 79, p.156-161, 2020. <http://doi:10.1016/j.ijisu.2020.05.042>

- JACKSON FILHO, J.M. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 45, n. 14, apr. 2020.
- JARVIS, M.C. Transmissão aerossol de SARS-CoV-2: Princípios físicos e implicações. *Frente. Saúde Pública*, 2020. <http://DOI:10.3389/fpubh.2020.590041.4>
- KEARON, J.; RISDON, C. The Role of Primary Care in a Pandemic: Reflections During the COVID-19 Pandemic in Canada. **J Prim Care Community Health.**, v. 11, 2020.
- KEELEY, C. *et al.* Staffing Up For The Surge: Expanding The New York City Public Hospital Workforce During The COVID-19 Pandemic. **Health Aff (Millwood)**, v. 39, n. 8, p.1426-1430, Aug. 2020. <http://doi:10.1377/hlthaff.2020.00904>. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32525704.
- KENDRICK, D. *et al.* Was enough, and is enough, being done to protect the primary care workforce from \COVID-19? **British Journal of General Practice**, v. 71, n. 704, p. 100-101, mar. 2021.
- KIDD, M. Australia's primary care COVID-19 response. **Aust J Gen Pract**, v. 49, abr. 2020.
- KOH, D. Riscos ocupacionais para infecção por COVID-19. **Occup Med (Lond)**, v. 70, n. 1, p. 3-5, dez. 2020.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 20, p. 867-874, out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2011.v20n4/867-874/>. Acesso em: 31 maio 2021.
- LIM, W.H.; WONG, W.M. COVID-19: Notes From the Front Line, Singapore's Primary Health Care Perspective. **Ann Fam Med.**, v. 18, n. 3, p. 259-261, 2020.
- LIMA, J.G. *et al.* **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no SUS**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020.
- LIMA, F.E.T. *et al.* Intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a realização do exame para COVID-19 nas capitais brasileiras, agosto de 2020*. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 30, n. 1, 2021.
- LOSCO, L.N.; GEMMA, E.; SANDRA, FB. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [on-line]**, v. 23, p. e180589, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180589>. ISSN 1807-5762.
- LOTFINEJAD, N.; PETERS, A.; PITTET, D. Hand hygiene and the novel coronavirus pandemic: the role of healthcare workers. **J Hosp Infect.**, v. 105, n. 4, p. 776-777, 2020. <https://doi:10.1016/j.jhin.2020.03.017>

LOTTA, G. *et al.* A pandemia de COVID-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil. **Nota técnica 2ª fase**, jul. 2020.

LUSIGNAN, S.; WILLIAMS, J. To monitor the COVID-19 pandemic we need better quality primary care data. **BJGP Open**, v. 4, n. 2, jun. 2020. Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/early/2020/04/20/bjgpopen20X101070>. Acesso em: 21 abr. 2020.

MASH, R.; GOLIATH, C.; PEREZ, G. Re-organising primary health care to respond to the Coronavirus epidemic in Cape Town, South Africa. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 12, n. 1, 5 nov. 2020.

MARTIN-DELGADO, J. *et al.* Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare workers involved in COVID-19 care: A cross-sectional study in Brazil, Colombia, and Ecuador. **PLoS One.**, v. 15, n. 11, 2020.

MENDES, E.V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. Brasil: CONASSEMS, 2020. 91 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2021.

MORAWSKA, L.; CAO, J. Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. **Environ Int.**, v. 139, p.105730, 2020. <https://doi:10.1016/j.envint.2020.105730>

MORAES, E.N. *et al.* COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença COVID-19. **Cien Saúde colet**, v. 25, n.9, p.3445-3458, 2020.

MOREIRA, A.S.; LUCCA, S.R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à COVID-19. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1 Especial, p. 155-161, 2020.

NOQUEIRA, M.L. **Boletim da pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de COVID-19**. Rio Janeiro: Fiocruz/EPSJV/ICICT/Presidência, 2020.

OLIVEIRA DOS SANTOS, A. *et al.* Percepções de estudantes de medicina e profissionais de saúde sobre a capacitação de equipes da atenção primária à saúde no enfrentamento da epidemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 11, n. 2, p. 227-36, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/11528>. Acesso em: 9 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Reforçando a resposta dos sistemas de saúde à COVID-19**. Adaptando serviços de atenção primária para uma resposta mais efetiva à COVID-19. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa COVID-19**. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 12 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Perguntas frequentes sobre as vacinas candidatas contra a COVID-19 e os mecanismos de acesso**. Versão 21.

Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53248/OPASFPLIMCOVID-19210004_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 27 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Como implementar vacinação de profissionais da saúde contra influenza sazonal**. Brasília: OPAS, 2020.

PESSOA D.L.R. *et al.* Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 3413-3433 mar./apr. 2020.

RAWAF, S. *et al.* Lições sobre a pandemia COVID-19, para e por profissionais de atenção primária em todo o mundo. **The European Journal of General Practice**, v. 26, n. 1, p. 129-133, 2020. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479>

R CORE TEAM. **A language and environment for statistical computing**. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2020.

RABINOWITZ, L.G.; RABINOWITZ, D.G. Women on the Frontline: A Changed Workforce and the Fight Against COVID-19. **Acad Med.** v. 96, n. 6, p. 808-812, 1º jun. 2021. <https://doi:10.1097/ACM.0000000000004011>. PMID: 34031302; PMCID: PMC8140642.

RAN, L. *et al.* Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. **Clin Infect Dis.**, v. 71, n. 16, p. 2218-2221, 2020. <https://doi:10.1093/cid/ciaa287>

ROSA, W.E. *et al.* Rapid investment in nursing to strengthen the global COVID-19 response. **International Journal of Nursing Studies**, v. 109, p.103668, 2020. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103668>

SANTAMARIA, M.D. *et al.* Impacto psicologico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios espanoles. **Revista de psiquiatria y salud mental**, Barcelona, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>

SARTI, T.D.; LAZARINI, W.S.; FONTENELLE, L.F.; ALMEIDA, A.P.S.C. Qual o papel da Atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SATOMI, E. *et al.* Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. **Einstein** (São Paulo), v. 18, p. eAE5775, 2020. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775

SCHAEFER, B.M.; RESENDE, R.C.; EPITÁCIO, S.S.F.; ALEIXO, M.T. Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. **Rev Adm Pública.**, v. 54, p. 1429-1445, 2020.

SCHUIT, M. Airborne SARS-CoV-2 Is Rapidly Inactivated by Simulated Sunlight. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 222, Issue 4, 15, p. 564-571, Aug. 2020.
<https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa334> 12

SEIXAS, T.C.*et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela COVID-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, Supl.1, p.e200379, 2020.

SINHA, N.; BALAYLA, G. Bateria sequencial de testes para COVID-19 para maximizar o valor preditivo negativo antes de operações. **Rev Col Bras, Cir** 47, p. e20202534, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco. MS, 2002. Disponível em http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 27 ago. 2020.

TANG, J.W. *et al.* Dismantling myths on the airborne transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2). **J Hosp Infect.**, v. 110, p. 89-96, jul. 2021.
<https://DOI:10.1016/j.jhin.2020.12.022>.

TEIXEIRA, M.G. *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiol Serv Saude**, Brasília, v. 29, n. 4, 2020.

TEIXEIRA, C.F. de S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 25, p. 3465-3474, 2020.

TREVIÑO-REYNA, G. *et al.* Employment outcomes and job satisfaction of international public health professionals: What lessons for public health and COVID-19 pandemic preparedness? Employment outcomes of public health graduates. **Int J Health Plann Manage.**, v. 36, S1, p.124-150, maio 2021. <https://doi: 10.1002/hpm.3140>. Epub 2021 Apr 4. PMID: 33817807.

XIMENES NETO, R.G. *et al.* A. Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos da COVI-19 na Atenção Primária à saúde. **Enferm. Foco**, v. 1, n. Especial, p. 239-245, 11 jun. 2021.

XU, Z. *et al.* Primary Care Practitioners' Barriers to and Experience of COVID-19 Epidemic Control in China: a Qualitative Study. **J Gen Intern Med.**, v. 35, n. 11, p. 3278-3284, 2020.

WANG, J.; ZHOU, M.; LIU, F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **J Hosp Infect.**, v. 105, n. 1, p. 100-101, 2020.

WANG, X. *et al.* Influenza vaccination strategies for 2020-21 in the context of COVID-19. **J Glob Health.**, v. 10, n. 2, p. 21102, 2020.

WENLOCK, R.D.; ARNOLD, A.; PATEL, H.; KIRTCHUK, D. Low-fidelity simulation of medical emergency and cardiac arrest responses in a suspected COVID-19 patient - an interim report. *Clin Med (Lond)*, v. 20, n.4, p. e66-e71, jul. 2020. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0142>. Epub 2020 May 19. PMID: 32430344; PMCID: PMC7385770.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>. Acesso em: 24 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>. Acesso em: 05 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **State of the world's nursing 2020**: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>. Acesso em: 27 ago. 2020.

WONG, L. *et al.* Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. **Int J Biol Sci**, 2020.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RES CNS/MS 466/2012**

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE
A ATUAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Juliana Dias Reis Pessalacia. A equipe de pesquisa é composta pelos pesquisadores Mariana Pittarelli de Souza, Maristela Rodrigues Marinho, Priscila Kelly da Silva Neto, Aline Russomano de Gouvea e Edis Belini Júnior. A finalidade deste estudo é identificar a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde sobre a atuação deste nível de atenção durante a pandemia de COVID-19. Mediante ao impacto que o COVID-19 tem ocasionado aos serviços e trabalhadores de saúde e, dada a importância da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no combate a pandemia, tornam-se relevantes estudos como este proposto, o qual pretende identificar as condições de trabalho e de formação dos profissionais de saúde para a atuação no período de pandemia, buscando-se vislumbrar quais são as dificuldades para a atuação, relacionadas a recursos materiais, humanos e infraestrutura. Os participantes serão os profissionais de saúde atuantes na gestão ou assistência direta na Atenção Primária à Saúde, durante a pandemia de COVID 19. Caso você aceite participar deste estudo, você poderá participar se estiver atuando em uma das seguintes unidades da APS: Unidade Básica de Saúde; Unidade Básica de Saúde do tipo Estratégia de Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde com Equipe de Agentes Comunitários de Saúde; Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); Gestão da Atenção Primária à Saúde- Secretaria Municipal de Saúde; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ou Academia da Saúde. Você será submetido a questionamentos a respeito das suas condições de trabalho no período de pandemia tais como: uso de EPI, turno de trabalho, espaço físico, imunizações, discriminação e preconceito. Bem como sobre a sua formação profissional para a atuação na pandemia: tipo de capacitações recebidas, cursos, carga horária, metodologias utilizadas, se fizeram o teste para detecção do vírus SARS-CoV-2 e quantos testaram positivo para a COVID-19. E sobre suas atividades realizadas durante a pandemia: triagem dos casos,

tipo de coleta de material para análise da COVID-19, controle, tratamento e acompanhamento domiciliar, notificação, atividades educativas, recursos utilizados. As suas dificuldades para a atuação, relacionadas a recursos materiais (testes, EPIs, medicações, insumos, etc), humanos (quali e quantitativamente) e infraestrutura (transporte para as visitas, salas de vacina, etc). Também serão apresentados questionamentos quanto às suas características profissionais, função na unidade que trabalha e os vínculos trabalhistas que desempenha. O presente estudo não proporcionará qualquer tipo de despesa financeira para você, visto que, será aplicado por intermédio de aplicativos (WhatsApp e Redes Sociais Digitais). Portanto sua participação consistirá em responder a um questionário, com tempo máximo de duração de 10 minutos. Os dados serão armazenados por um período de 5 anos e você poderá revê-los quando quiser. Após este período, serão destruídos. Os riscos de sua participação são decorrentes da possibilidade de se sentir constrangido ao responder o questionário, tanto pela à falta de conhecimento sobre o assunto, quanto pelo fato de as questões remeterem a conflitos na atuação profissional. Para minimizar o risco de constrangimento, os profissionais receberão o TCLE e Questionário a partir de formulário, em um link a ser encaminhado via redes sociais e grupos de WhatsApp, não estando, desta forma, submetidos a coação em responder ou não aos mesmos. O TCLE informará sobre o conteúdo das questões e o tempo necessários para as respostas e o participante será livre para recusar responder, sem qualquer tipo de constrangimento. Além disso, não haverá qualquer vinculação institucional no instrumento de coleta, minimizando o risco de acesso às informações pelos empregadores. O risco de quebra de sigilo será minimizado pelo fato de o TCLE ser vinculado às respostas dos questionários, evitando-se a correlação entre as respostas com os nomes dos participantes. Em caso de dano não previsto, relacionado a participação este estudo, você poderá ser indenizado. Os benefícios deste projeto envolvem as dimensões científica, social e prática, podendo-se fomentar ações de educação permanente e fornecimento de materiais educativos e instrumentais aos profissionais participantes e secretarias municipais de saúde envolvidas na assistência ao COVID-19. Além disso, poderá propiciar subsídios para a compreensão acerca dos desafios enfrentados por profissionais de saúde da APS durante uma pandemia. Você tem a liberdade de não participar do estudo e de não responder aos questionamentos. Quero deixar claro que suas respostas são confidenciais mantendo, assim, seu anonimato e que você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Além disso, informamos que não haverá

penalização/prejuízo algum em suas atividades laborais, caso aceite participar deste estudo. Você receberá uma cópia dos resultados da pesquisa ao término do estudo, caso queira e informe o seu e-mail para o envio. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos ou publicados em periódicos da área. Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Juliana Dias Reis Pessalacia, telefone: 067-98164-9602, Endereço: Av Capitão Olinto Mancini, 4440, jardim Angélica, CEP: 79611001, Três Lagoas/MS e-mail: juliana@pessalacia.com.br. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187, Endereço: Cidade Universitária, Caixa Postal 549. CEP 79070-900. Campo Grande – MS, Prédio das Pró-reitorias e-mail: cepconep.propp@ufms.br. Sua participação no estudo é voluntária.

CAAE: 31493920.8.0000.0021.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO VIRTUAL SEMIESTRUTURADO NA PLATAFORMA GOOGLE FORMS

BLOCO 1- Caracterização dos profissionais:

Sexo

- 0. Feminino
- 1. Masculino
- 2. Outro

Idade _____

Profissão

- 0. Médico
- 1. Enfermeiro
- 2. Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- 3. Nutricionista
- 4. Farmacêutico
- 5. Psicólogo
- 6. Assistente Social
- 7. Dentista
- 8. Agente Comunitário de Saúde
- 9. Auxiliar ou técnico de Odontologia
- 10. Educador físico
- 11. Fisioterapeuta
- 12. Outra: _____

Local de trabalho

- 0. Unidade Básica de Saúde
- 1. Unidade Básica de Saúde de Saúde da Família
- 2. Unidade Básica de Saúde com Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
- 3. Secretaria Municipal de Saúde
- 4. Vigilância à Saúde
- 5. Outro: _____

Função na unidade de trabalho.

- 0. Assistencial (assistência direta a pacientes e familiares)
- 1. Gerencial (gestão de equipe ou setor, etc)
- 2. Ambas as funções

Grau de formação

- 0. Técnico
- 1. Graduação
- 2. Pós-graduação lato sensu
- 3. Pós-graduação *stricto sensu* Mestrado

- () Pós-graduação stricto sensu Doutorado
- () Pós-doutorado

BLOCO 2 - Condições de trabalho:

Que **tipo** de máscara a unidade de saúde tem disponibilizado a você:

- 0. Não oferece nenhum tipo
- 1. Máscara cirúrgica
- 2. Máscara N95/PPF2
- 3. Máscara cirúrgica e máscara N95/PPF2

Em quais situações você utiliza a **máscara cirúrgica** durante o enfrentamento à pandemia de COVID-19?

- 0. Em nenhum momento
- 1. Durante atendimentos a pacientes
- 2. Durante a realização de procedimentos produtores de aerossóis
- 3. O tempo todo no trabalho na unidade

Por quanto **tempo** você utiliza a **máscara cirúrgica** durante o enfrentamento à pandemia de COVID-19?

- 0. Acima de 10 dias
- 1. De 5 a 10 dias
- 2. De 2 a 5 dias
- 3. Apenas um dia

Em quais **situações** você utiliza a **máscara N95/PPF2** durante o enfrentamento à pandemia de COVID-19?

- 0. Em nenhum momento
- 1. Durante atendimentos a pacientes
- 2. Durante a realização de procedimentos produtores de aerossóis
- 3. O tempo todo no trabalho na unidade

Por quanto **tempo** você utiliza a **máscara N95/PPF2** durante o enfrentamento à pandemia de COVID-19?

- 0. Acima de 10 dias
- 1. De 5 a 10 dias
- 2. De 2 a 5 dias
- 3. Apenas um dia

Assinale quantas **horas por dia/semana** você tem exercido seu **trabalho** no período de pandemia de COVID-19.

- 0. 8 horas diárias e 44 horas semanais
- 1. 12 horas de trabalho por 36 horas de folga
- 2. 24 horas de trabalho diárias com de 12 de descanso
- 3. Plantões de 24 horas seguidas

Assinale quantos **vínculos trabalhistas** você tem exercido no período de pandemia de COVID-19.

- 0. Apenas 1 vínculo, local de trabalho
- 1. 2 vínculos, locais de trabalho

2. 3 vínculos, locais de trabalho
3. Mais do que 3 vínculos, locais de trabalho

Assinale a alternativa sobre as **condições de repouso** no período de pandemia de COVID-19.

0. Retorno para a minha casa ao final do plantão de 6h ou 8h diárias
1. Tenho período de repouso em local apropriado (quarto conforto) durante os plantões e retorno para minha casa ao final do plantão
2. Não tenho período de repouso em local apropriado (quarto conforto) durante os plantões e retorno para minha casa ao final do plantão
3. Tenho período de repouso em local apropriado (quarto conforto) durante os plantões e não retorno para casa

Assinale a alternativa sobre a sua condição de **imunização contra influenza** no período de pandemia de COVID-19.

0. Tive acesso à vacina contra influenza a partir de campanha de vacinação antecipada (23 dias antes do esperado), como parte do primeiro grupo a ser vacinado
1. Tive acesso à vacina contra influenza a partir de campanha de vacinação antecipada, mas após a vacinação dos idosos
2. Tive acesso à vacina contra influenza a partir de campanha de vacinação não antecipada (menos de 23 dias antes do esperado)
3. Ainda não tive acesso à vacina contra influenza.

Assinale a alternativa sobre **situações de discriminação e/ou preconceito** de tenha enfrentado ou esteja enfrentando devido a seu trabalho no período de pandemia de COVID-19.

0. Ainda não passei por experiências de discriminação e/ou preconceito durante este período.
1. Percebo olhares desconfiados quando me encontro em locais públicos.
2. Passei por experiência constrangedoras de discriminação e/ou preconceito devido a minha atuação profissional durante a pandemia
3. Passei por situações de violência verbal ou física de discriminação e/ou preconceito devido a minha atuação profissional durante a pandemia

BLOCO 3- Formação e capacitação para atuação:

Assinale a alternativa sobre o **tipo** de capacitação que recebeu para a atuação no período de pandemia de COVID-19.

0. Participei de curso(s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados pelo Ministério da Saúde e capacitação em minha instituição de trabalho.

1. Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados pelo Ministério da Saúde apenas.
2. Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados por outros órgãos/instituições.
3. Não participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19.

Assinale a alternativa sobre a **carga horária** do(s) cursos de capacitação que recebeu para a atuação no período de pandemia de COVID-19.

0. Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados com carga horária igual ou superior a 40h.
1. Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados com carga horária igual ou superior a 30h.
2. Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados com carga horária igual ou superior a 15h.
3. Não participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19.

Assinale a alternativa sobre a **metodologia** utilizada para a ministração do (s) cursos de capacitação que recebeu para a atuação no período de pandemia de COVID-19.

0. Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados a partir de conteúdos teóricos e práticos, na modalidade presencial e por tecnologias.
1. Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados a partir de conteúdos teóricos e práticos, na modalidade a distância a partir do uso de tecnologias.
2. Participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19 ofertados a partir de conteúdos teóricos somente, na modalidade a distância a partir do uso de tecnologias.
3. Não participei de curso (s) de capacitação de protocolos clínicos de enfrentamento ao COVID-19.

Assinale a alternativa sobre o seu **acesso** ao teste para detecção do vírus SARS-CoV-2 no período de pandemia de COVID-19.

0. Tive acesso ao teste desde o início do período de pandemia no país, mesmo sem apresentar sintomas.
1. Tive acesso ao teste desde o início do período de pandemia no país, em caso de sintomas.
2. Tive acesso ao teste tardiamente ao período de pandemia no país.
3. Ainda não tive acesso aos testes no período de pandemia.

Assinale a alternativa sobre o **financiamento** de seu teste para detecção do vírus SARS-CoV-2 no período de pandemia de COVID-19, caso tenha realizado.

0. Tive acesso a partir de financiamento do empregador.

1. Tive acesso a partir de protocolo da rede municipal de saúde.
2. Tive acesso por financiamento próprio em laboratório particular.
3. Ainda não tive acesso aos testes no período de pandemia.

Assinale a alternativa sobre o resultado de seu teste para detecção do vírus SARS-CoV-2 no período de pandemia de COVID-19, caso tenha realizado, **não preencher caso não se sinta à vontade**.

0. Apresentei teste negativo para detecção do vírus SARS-CoV-2 no período de pandemia de COVID-19, sem sintomas.
 1. Apresentei teste negativo para detecção do vírus SARS-CoV-2 no período de pandemia de COVID-19, mas com sintomas.
 2. Apresentei teste positivo para detecção do vírus SARS-CoV-2 no período de pandemia de COVID-19, sem sintomas.
 3. Apresentei teste positivo para detecção do vírus SARS-CoV-2 no período de pandemia de COVID-19, com sintomas.

BLOCO 4- Atividades e infraestrutura

Assinale a alternativa sobre o **tipo de atividades assistenciais** que tem realizado no período de pandemia de COVID-19.

0. Atividades educativas e de orientação
 1. Triagem dos casos suspeitos e notificação
 2. Assistência direta a pacientes suspeitos ou confirmados
 3. Assistência direta a pacientes suspeitos ou confirmados, incluindo contato com fluídos corporais

Assinale a alternativa sobre o **tipo de atividades gerenciais** que tem realizado no período de pandemia de COVID-19.

0. Atuação direta (comitês de crise) em políticas municipais de combate ao COVID-19, em nível de secretaria municipal de saúde
 1. Atuação direta (comitês de crise) em políticas municipais de combate ao COVID-19, em nível de gerência de unidade de saúde
 2. Atuação indireta (suporte e/ou contato com membros do comitê) em políticas municipais de combate ao COVID-19, a nível de secretaria municipal de saúde
 3. Atuação indireta (suporte e/ou contato com membros do comitê) em políticas municipais de combate ao COVID-19, a nível de secretaria municipal de saúde

Assinale a alternativa sobre a **notificação de casos** no período de pandemia de COVID-19.

0. Tem sido realizada conforme orientações do Ministério da Saúde e contempla parceria efetiva entre unidades de saúde e Vigilância

1. Tem sido realizada conforme orientações do Ministério da Saúde, mas com parceria limitada entre unidades de saúde e Vigilância.
2. Tem sido realizada conforme orientações do Ministério da Saúde, mas com pouca parceria entre unidades de saúde e Vigilância.
3. Não tem sido realizada conforme orientações do Ministério da Saúde, devido à falta de capacitação dos profissionais e falta de parceria com o setor de Vigilância.

Assinale a alternativa sobre como são **monitorados** os casos leves no período de pandemia de COVID-19.

1. Tem sido realizado o monitoramento do caso a cada 24 ou 48 horas, por telefone ou presencialmente pela visita domiciliar e todo monitoramento é registrado em prontuário.
2. Tem sido realizado o monitoramento do caso a cada 24 ou 48 horas, por telefone ou presencialmente pela visita domiciliar, mas nem todo monitoramento é registrado em prontuário.
3. Tem sido realizado o monitoramento do caso a cada 24 ou 48 horas, por telefone apenas.
4. O monitoramento dos casos não ocorre ou não é realizado a cada 24 ou 48 horas.

Assinale as alternativas sobre os **recursos materiais** disponibilizados no período de pandemia de COVID-19.

0. Suficientes quanti e qualitativamente para a atuação durante a pandemia
1. Em quantidade adequada, mas de qualidade questionável.
2. Em quantidade insuficiente, mas de qualidade.
3. Insuficientes quanti e qualitativamente para a atuação durante a pandemia

Assinale as alternativas sobre os **recursos humanos** disponibilizados no período de pandemia de COVID-19.

0. Suficientes quanti e qualitativamente para a atuação durante a pandemia
1. Em quantidade adequada, mas não qualificados para a atuação.
2. Em quantidade insuficiente, mas qualificados para a atuação
3. Insuficientes quanti e qualitativamente para a atuação durante a pandemia

Assinale as alternativas sobre **atividades educativas e de orientação** à população disponibilizada no período de pandemia de COVID-19.

0. A partir de visitas domiciliares ou consultas presenciais prioritariamente a suspeitos de COVID-19, tele atendimento divulgação de materiais por meio de tecnologias.
1. A partir de visitas domiciliares ou consultas presenciais prioritariamente a suspeitos de COVID-19 e teleatendimento.
2. A partir de visitas domiciliares ou consultas presenciais prioritariamente a suspeitos de COVID-19.

3. Atendimento presencial suspenso no período.

Assinale as alternativas sobre **a infraestrutura física** disponibilizada no período de pandemia de COVID-19.

0. Adequada para o atendimento no período de pandemia.
1. Parcialmente adequada para o atendimento no período de pandemia.
2. Pouco adequada para o atendimento no período de pandemia.
3. Inadequada para o atendimento no período de pandemia.

Assinale as alternativas sobre **a logística** (apoio da gestão) disponibilizada no período de pandemia de COVID-19.

0. Adequada para o atendimento no período de pandemia.
1. Parcialmente adequada para o atendimento no período de pandemia.
2. Pouco adequada para o atendimento no período de pandemia.
3. Inadequada para o atendimento no período de pandemia.

Assinale as alternativas sobre **a logística** (organização do fluxo de atendimento) disponibilizada no período de pandemia de COVID-19.

0. Adequada para o atendimento no período de pandemia.
1. Parcialmente adequada para o atendimento no período de pandemia.
2. Pouco adequada para o atendimento no período de pandemia.
3. Inadequada para o atendimento no período de pandemia.

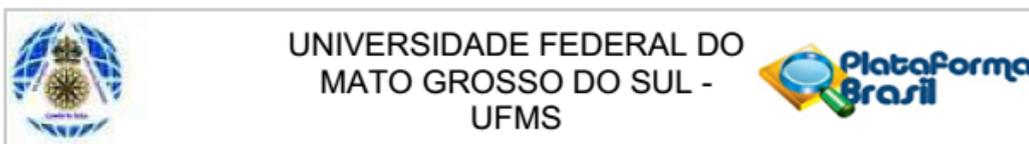
Assinale as alternativas sobre **a logística** (transporte) disponibilizada no período de pandemia de COVID-19.

0. Adequada para o atendimento no período de pandemia.
1. Parcialmente adequada para o atendimento no período de pandemia.
2. Pouco adequada para o atendimento no período de pandemia.
3. Inadequada para o atendimento no período de pandemia.

BLOCO 5- Experiências durante a pandemia

Relate neste espaço sua experiência de atuação na pandemia de COVID-19:

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE SOBRE A ATUAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: Juliana Dias Reis Pessalacia

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 31493920.8.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.062.744

Apresentação do Projeto:

Inicialmente a pesquisadora apresenta o surgimento da COVID-19, a qual foi considerado uma emergência de saúde pública de importância internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e a ocorrência dos casos no estado de São Paulo e de Mato Grosso do Sul; assim como apresenta as recomendações de medidas de precaução e atuação das Unidades de Saúde no atendimento e seguimento dos casos de Covid-19. De acordo com a pesquisadora, trata-se de estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal correlacional, a qual será realizada nos municípios de três Lagoas/MS e Andradina/SP; será aplicado um questionário virtual semi-estruturado para os profissionais de saúde atuantes de forma direta ou indireta nos serviços da Atenção Primária à Saúde, durante a pandemia de COVID-19. Apresenta como critérios de inclusão: profissionais de saúde, maiores de 18 anos de idade, atuantes de forma direta ou indireta nos serviços da APS dos municípios de Três Lagoas/MS e Andradina/SP há pelo menos 6 meses. Serão incluídas as seguintes categorias profissionais: Médico (a); Enfermeiro (a); Auxiliar ou Técnico de Enfermagem; Nutricionista; Farmacêutico (a); Psicólogo (a); Assistente Social; Dentista; Agente Comunitário de Saúde; Auxiliar ou técnico de Odontologia ou Outra categoria profissional de saúde diretamente envolvida no atendimento na pandemia de COVID-19. Serão incluídos profissionais atuantes nas seguintes unidades: Serão incluídos profissionais atuantes nas seguintes unidades: Unidade Básica de Saúde; Unidade de Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde com Equipe de Agentes Comunitários de Saúde; Serviço de Atenção Domiciliar

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.062.744

(SAD);Gestão da Atenção Primária a SaúdeSecretaria Municipal de Saúde; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Academia da Saúde. e como critérios de exclusão: os profissionais afastados do serviço antes do início da pandemia no país.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o pesquisador:

- Objetivo primário: Identificar a percepção dos profissionais de saúde da APS sobre a atuação deste nível de atenção durante a pandemia de COVID-19 nos municípios de Três Lagoas/MS e de Andradina/SP.

-Objetivo secundário:

- Caracterizar os profissionais de saúde participantes segundo: sexo, faixa etária, local de trabalho, função na unidade de trabalho e grau de formação.

- Identificar as condições de trabalho dos profissionais de saúde durante o período de pandemia: uso de EPI, turno de trabalho, número de vínculos trabalhistas, condições de repouso, acesso ao teste para detecção do vírus SARS-CoV-2 e o resultado do testes, imunizações, discriminação e preconceito.

- Identificar a formação dos profissionais para a atuação na pandemia: tipo de capacitações recebidas, cursos, carga horária e metodologias utilizadas.

- Identificar as atividades realizadas pelos profissionais da APS durante o período de pandemia: triagem dos casos, controle, tratamento e acompanhamento domiciliar, notificação, atividades educativas, recursos utilizados.

- Identificar as dificuldades para a atuação, relacionadas a recursos materiais (testes, EPIs, medicações, insumos, etc), humanos (quali e quantitativamente) e infraestrutura (espaço físico das unidades, transporte para as visitas, salas de vacina, etc).

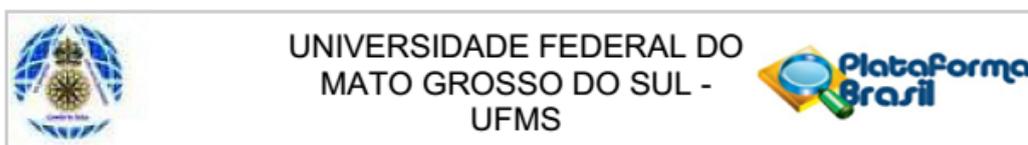
- Correlacionar variáveis sócio-demográficas e de formação profissional com as variáveis atividades realizadas e dificuldades para a atuação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

-Riscos: O projeto tem o risco de causar constrangimento aos profissionais que estarão respondendo ao questionário, tanto devido à falta de conhecimento sobre o assunto, quanto pelo fato de as questões remeterem a conflitos na atuação profissional. A quebra de sigilo também

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande	
Bairro: Caixa Postal 549	CEP: 79.070-110
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187	Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.062.744

poderá se constituir em um risco, considerando-se o acesso dos empregadores às respostas ou ao constrangimento de exposição das respostas. Para minimizar o risco de constrangimento, os profissionais receberão o TCLE e Questionário através de formulário, em um link a ser encaminhado via redes sociais e grupos de WhatsApp, não estando, desta forma, submetidos a coação em responder ou não aos mesmos. O TCLE informará sobre o conteúdo das questões e o tempo necessários para as respostas e o participante será livre para recusar responder, sem qualquer tipo de constrangimento. Quanto ao risco de quebra de sigilo, vale mencionar que os resultados da aplicação do questionário não serem vinculados ao TCLE, evitando-se a correlação entre as respostas com os nomes dos participantes. Além disso, não haverá qualquer vinculação institucional no instrumento de coleta, minimizando o risco de acesso às informações pelos empregadores. Na coleta dos resultados da planilha de armazenamento de dados do google form não aparece qualquer tipo de identificação dos participantes, já que, no questionário não existem itens de identificação. O TCLE não é elemento de análise dos resultados das repostas e, portanto, não há vínculo entre TCLE e questionário. No questionário não há identificação dos participantes, conforme apresentado. No TCLE há apenas a opção de descrição de um e-mail de contato para o envio de uma via assinada do TCLE e de materiais educativos que possam ser produzidos pelos pesquisadores (benefícios a partir da análise dos resultados).

- Benefícios: Os impactos previstos do projeto envolvem as dimensões científica, social e prática. Quanto à dimensão científica, espera-se identificar as percepções de profissionais da saúde sobre a atuação na APS durante a pandemia de COVID-19, podendo-se fomentar a necessidade de se contemplar a temática através de ações de educação permanente e fornecimento de materiais educativos na temática. Além disso, poderá propiciar subsídios para a compreensão acerca dos desafios enfrentados por profissionais de saúde da APS durante uma pandemia. Quanto aos impactos sociais, espera-se, a partir do resultados do estudo, disponibilizar um material educativo instrucional aos profissionais participantes e secretarias municipais de saúde envolvidas na assistência ao COVID-19 nos municípios de Três Lagoas/MS e Andradina/SP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta os elementos necessários para a apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Projeto de pesquisa apresenta os seguintes termos:

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande			
Bairro: Caixa Postal 549	CEP: 79.070-110		
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE		
Telefone: (67)3345-7187	Fax: (67)3345-7187	E-mail: cepconep.propp@ufms.br	



Continuação do Parecer: 4.062.744

- Projeto detalhado;
- Anuência da Instituição (Três Lagoas/MS e Andradina/SP);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Instrumento de coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu as solicitações realizadas no parecer anterior. Diante das adequações realizadas, a situação do parecer é de Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam as medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

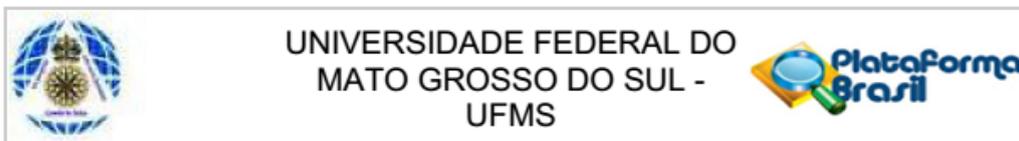
As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros.

Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1548809.pdf	23/05/2020 13:14:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Alterado_23_05_TCLE_Juliana.pdf	23/05/2020 13:13:18	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.062.744

Outros	Resposta_pendencias.pdf	15/05/2020 12:15:03	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito
Outros	Alterado_15_05_Questionario_Juliana.pdf	15/05/2020 12:14:27	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Alterado_15_05_Percepcao_profissionais_APS.pdf	15/05/2020 12:13:28	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Andradina.pdf	06/05/2020 15:33:23	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_Tres_lagoas.pdf	06/05/2020 15:32:27	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	06/05/2020 15:32:14	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 01 de Junho de 2020

Assinado por:

Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br

ANEXO B – NOTIFICAÇÃO 1

De: Juliana Dias Reis Pessalacia

Para: Comitê de ética em pesquisa com seres humanos

Assunto: Inclusão de novos locais de pesquisa

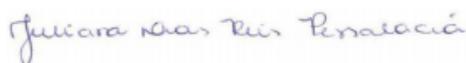
Senhores membros do CEP,

Venho respeitosamente, informar que estaremos incluindo novos locais de pesquisa no estudo, Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE SOBRE A ATUAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, sob minha responsabilidade. Tal inclusão justifica-se pela necessidade de abrangência de serviços da Atenção Primária a Saúde de diferentes municípios do estado de Mato Grosso do Sul (Declaração da Secretaria de Estado de MS em anexo). Assim, este estudo poderá ser respondido por profissionais de saúde de qualquer um dos municípios do estado de MS e não somente pelos profissionais da Três Lagoas e Andradina. Informo que não haverá qualquer alteração nos objetivos (apenas a retirada dos nomes dos municípios) e métodos da pesquisa e que apenas foi necessária uma pequena alteração no TCLE (logo abaixo desta notificação).

Sem mais,

Estou à disposição para esclarecimentos

Atenciosamente



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Juliana Dias Reis Pessalacia. A equipe de pesquisa é composta pelos pesquisadores Mariana Pittarelli de Souza, Maristela Rodrigues Marinho, Priscila Kelly da Silva Neto, Aline Russomano de Gouvea e Edis Belini Júnior.

A finalidade deste estudo é identificar a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária a Saúde sobre a atuação deste nível de atenção durante a pandemia de COVID-19.

Mediante ao impacto que o COVID-19 tem ocasionado aos serviços e trabalhadores de saúde e, dada a importância da atuação da Atenção Primária a Saúde (APS) no combate a pandemia, tornam-se relevantes estudos como este proposto, o qual pretende identificar as condições de trabalho e de formação dos profissionais de saúde para a atuação durante o período de pandemia, buscando-se vislumbrar quais são as dificuldades para a atuação, relacionadas a recursos materiais, humanos e infraestrutura.

Os participantes serão os profissionais de saúde atuantes na gestão ou assistência direta na Atenção Primária a Saúde, durante a pandemia de COVID 19. Caso você aceite participar deste estudo, você poderá participar se estiver atuando em uma das seguintes unidades da APS: Unidade Básica de Saúde; Unidade Básica de Saúde do tipo Estratégia de Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde com Equipe de Agentes Comunitários de Saúde; Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); Gestão da Atenção Primária a Saúde- Secretaria Municipal de Saúde; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ou Academia da Saúde.

Você será submetido a questionamentos a respeito das suas condições de trabalho durante o período de pandemia tais como: uso de EPI, turno de trabalho, espaço físico, imunizações, discriminação e preconceito. Bem como sobre a sua formação profissional para a atuação na pandemia: tipo de capacitações recebidas, cursos, carga horária, metodologias utilizadas, se fizeram o teste para detecção do vírus SARS-CoV-2 e quantos testaram positivo para a COVID-19. E sobre suas atividades realizadas durante o período de pandemia: triagem dos casos, tipo de coleta de material para análise da COVID-19, controle, tratamento e acompanhamento domiciliar, notificação, atividades educativas, recursos utilizados. As suas dificuldades para a atuação, relacionadas a recursos materiais (testes, EPIs, medicações, insumos, etc), humanos (quali e quantitativamente) e infraestrutura (transporte para as visitas, salas de vacina, etc). Também serão apresentados questionamentos quanto às suas características profissionais, função na unidade que trabalha e os vínculos trabalhistas que desempenha.

O presente estudo não proporcionará qualquer tipo de despesa financeira para você, visto que, será aplicado por intermédio de aplicativos (WhatsApp e Redes Sociais Digitais).

Portanto sua participação consistirá em responder a um questionário, com tempo máximo de duração de 10 minutos. Os dados serão armazenados por um período de 5 anos e você poderá revê-los quando quiser. Após este período, serão destruídos.

Os riscos de sua participação são decorrentes da possibilidade de se sentir constrangido ao responder o questionário, tanto pela à falta de conhecimento sobre o assunto, quanto pelo fato de as questões remeterem a conflitos na atuação profissional. Para minimizar o risco de constrangimento, os profissionais receberão o TCLE e Questionário através de formulário, em um link a ser encaminhado via redes sociais e grupos de WhatsApp, não estando, desta forma, submetidos a coação em responder ou não aos mesmos. O TCLE informará sobre o conteúdo das questões e o tempo necessários para as respostas e o participante será livre para recusar responder, sem qualquer tipo de constrangimento. Além disso, não haverá qualquer vinculação institucional no instrumento de coleta, minimizando o risco de acesso às informações pelos empregadores. O risco de quebra de sigilo será minimizado pelo fato de o TCLE ser vinculado às respostas dos questionários, evitando-se a correlação entre as respostas com os nomes dos participantes. Em caso de dano não previsto, relacionado a participação este estudo, você poderá ser indenizado.

Os benefícios deste projeto envolvem as dimensões científica, social e prática, podendo-se fomentar ações de educação permanente e fornecimento de materiais educativos e instrumentais aos profissionais participantes e secretarias municipais de saúde envolvidas na assistência ao COVID-19. Além disso, poderá propiciar subsídios para a compreensão acerca dos desafios enfrentados por profissionais de saúde da APS durante uma pandemia.

Você tem a liberdade de não participar do estudo e de não responder aos questionamentos.

Quero deixar claro que suas respostas são confidenciais mantendo, assim, seu anonimato e que você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Além disso, informamos que não haverá penalização/prejuízo algum em suas atividades laborais, caso aceite participar deste estudo. Você receberá uma cópia dos resultados da pesquisa ao término do estudo, caso queira e informe o seu e-mail para o envio. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos ou publicados em periódicos da área.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Juliana Dias Reis Pessalacia, telefone: 067-98164-9602, Endereço: Av Capitão Olinto Mancini, 4440, jardim Angélica, CEP:

79611001, Três Lagoas/MS e-mail: juliana@pessalacia.com.br. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187, Endereço: Cidade Universitária, Caixa Postal 549. CEP 79070-900. Campo Grande – MS, Prédio das Pró-reitorias e-mail: cepconep.propp@ufms.br. Sua participação no estudo é voluntária.

CAAE: 31493920.8.0000.0021

Insira seu nome completo e e-mail de contato:

Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você pode decidir se irá participar ou não do estudo.

Aceito participar da pesquisa e responderei aos questionamentos

Não aceito

Ofício n. 2548/DGAS/GAB/SES/2020

Campo Grande/MS, 2 de Junho de 2020.

Prezada Senhora,

Em atenção ao Requerimento n. 01/2020, que requer a recomendação dos municípios do Estado, na adesão do projeto intitulado "Percepção de profissionais da atenção primária a saúde sobre a atuação durante a pandemia de COVID-19", expomos o que segue:

Considerando que em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde-OMS declarou que a COVID-19, Emergência Internacional, uma pandemia, uma vez que já atingiu os 5 continentes e que em 03 de fevereiro de 2020, o Brasil declara Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, o Estado do Mato Grosso do Sul publicou o Decreto n. 15.396, de 19 de março de 2020, que declara situação de emergência em razão da pandemia por doenças infecciosas e virais - COVID-19 (COBRADE 1.2.1.1.0), e amplia as medidas de prevenção a serem adotadas no território sul-mato-grossense;

Considerando a importância de todos os esforços, profissionais da assistência, gestão, academia, sociedade de forma geral nas ações de combate à COVID-19;

Manifestamo-nos favorável ao desenvolvimento da pesquisa apresentada no Requerimento n. 01, datado de 02 de maio de 2020, tendo em vista a prioridade do assunto e dos benefícios que podem ser trazidos para o município de Três Lagoas mais especificamente, bem como todo o Estado de Mato Grosso do Sul.

Ofício de lavra da Coordenadoria de Ações em Saúde, redigido pela Sra. Karline Cavalcante da Costa, coordenadora, e-mail karline.costa@saude.ms.gov.br e telefone (67) 3318-1667.

Atenciosamente,

GERALDO RESENDE PEREIRA
 Secretário de Estado de Saúde
 Assinado Digitalmente

À Senhora
 Dr^a JULIANA DIAS REIS PESSALACIA
 Enfermeira/Professora
 Três Lagoas - MS

Elaborado por: Luciana Este ofício possui anexo(s)
 Encaminhado ao(s) e-mail(s): juliana@pessalacia.com.br

Protocolo:	_____
Data:	___/___/___

Requerimento n. 01/2020

Secretaria de Estado de Saúde	
Gabinete	
Protocolo n.	855
Data:	01/05/20 às 16:50
Nome:	Carla

Três Lagoas/MS, 08 de maio de 2020,

Senhor Secretário,

Venho por meio deste requerer muito respeitosamente a Vossa Excelência a recomendação aos municípios do Estado, na adesão ao Projeto de Pesquisa titulado **"Percepção de profissionais da atenção primária a saúde sobre a atuação durante a pandemia de COVID-19"**, este trabalho encontra-se inserido no Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e Sociedade (GELPESS) da UFMS, sendo coordenado pela pesquisadora profa. Dra. Juliana Dias Reis Pessalacia, para expandir a pesquisa, inicialmente proposta para os Municípios de Três Lagoas/MS e Andradina/SP, aos demais municípios do Estado de Mato Grosso do Sul.

Os participantes da pesquisa serão os profissionais de saúde atuantes na gestão ou assistência direta da Atenção Primária a Saúde, com o objetivo de identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a situação deste nível de atenção, durante a pandemia de COVID-19 nos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul. A pesquisa será realizada por meio de um questionário contendo questões fechadas, estruturado por meio da ferramenta Formulário Google e será encaminhado via e-mail ou WhatsApp.

Os pesquisadores se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

ANEXO C – NOTIFICAÇÃO 2

De: Juliana Dias Reis Pessalacia

Para: Comitê de ética em pesquisa com seres humanos

Assunto: Inclusão de novos locais de pesquisa

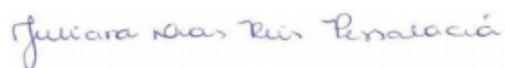
Senhores membros do CEP,

Venho respeitosamente, informar que estaremos incluindo novos locais de pesquisa no estudo, Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE SOBRE A ATUAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, sob minha responsabilidade. Tal inclusão justifica-se pela necessidade de abrangência de serviços da Atenção Primária a Saúde de diferentes municípios do estado de São Paulo (Declaração da DRS-Araçatuba em anexo). Assim, este estudo poderá ser respondido por profissionais de saúde de qualquer um dos municípios pertencentes a região do Departamento Regional de Saúde (DRS-Araçatuba), total de 40 municípios a mais, além dos municípios do estado de Mato Grosso do Sul. Informo que não haverá qualquer alteração nos objetivos e métodos da pesquisa.

Sem mais,

Estou à disposição para esclarecimentos

Atenciosamente





DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação junto à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) que foi aprovado nas reuniões de colegiado de gestão regional das regiões Central, Lagos e Consórcios, deste Departamento Regional de Saúde (DRS II - Araçatuba), localizado à Rua Oscar Rodrigues Alves, 1296, Vila Mendonça, Araçatuba/SP, a realização da pesquisa intitulada "**Percepção de profissionais da atenção primária a saúde sobre a atuação durante a pandemia de COVID-19**", inserido no Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e Sociedade GEPÉSS da UFMS, sendo coordenado pela pesquisadora profa. Dra. Juliana Dias Reis Pessalacia.

A pesquisa respeita as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedece as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20. 4.

A presente autorização contempla apoio na identificação de profissionais elegíveis para a aplicação do questionário no período de Julho a Novembro de 2020, desde que respeitado os aspectos éticos de pesquisa.

Sem mais para o momento.

Araçatuba, 14 de Julho de 2020

Dr. Sérgio Smolentzov
Diretor Técnico de Saúde III
DRS II Araçatuba



ANEXO

RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES AOS COLEGIADOS DA REGIÃO DE ARAÇATUBA

Municípios pertencentes à Comissão Intergestores Regionais - Lagos (CIR Lagos):

Andradina, Castilho, Guaraçai, Ilha Solteira, Itapura, Lavinia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Nova Independência, Pereira Barreto, Sud Mennucci e Suzanápolis.

Municípios pertencentes à Comissão Intergestores Regionais - Central (CIR Central):

Araçatuba, Auriflora, Bento de Abreu, Bilac, Guararapes, Guzolândia, Nova Castilho, Nova Luzitânia, Rubiácea, Santo Antonio do Aracanguá e Valparaíso.

Municípios pertencentes à Comissão Intergestores regionais Consórcios (CIR Consórcios):

Alto alegre, Avanhandava, Barbosa, Birigui, Braúna, Brejo alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicério, Lourdes, Luizânia, Penápolis, Piacatu, Santópolis do Aguapeí e Turiúba.

ANEXO D – NOTIFICAÇÃO 3

De: Juliana Dias Reis Pessalacia

Para: Comitê de ética em pesquisa com seres humanos

Assunto: Inclusão de novos locais de pesquisa

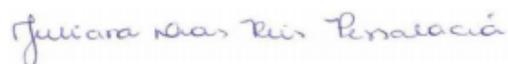
Senhores membros do CEP,

Venho respeitosamente, informar que estaremos incluindo novos locais de pesquisa no estudo, Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE SOBRE A ATUAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, sob minha responsabilidade. Tal inclusão justifica-se pela necessidade de abrangência de serviços da Atenção Primária a Saúde de todos os municípios do estado de São Paulo (Declaração da SES de São Paulo em anexo). Assim, este estudo poderá ser respondido por profissionais de saúde da Atenção Básica de qualquer um dos municípios pertencentes ao Estado de São Paulo, além dos municípios do estado de Mato Grosso do Sul. Informo que não haverá qualquer alteração nos objetivos e métodos da pesquisa.

Sem mais,

Estou à disposição para esclarecimentos

Atenciosamente





Estamos cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado **"Percepção de profissionais da atenção primária à saúde sobre a atuação durante a pandemia por covid-19"**, trabalho este inserido no Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e Sociedade (GEPESS) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); tendo como pesquisador responsável a Profª Drª Juliana Dias Reis Pessalacia, e equipe de pesquisa constituída por Aline Russomano de Gouvêa, Edis Belini Júnior, Mariana Pitareli, Maristela Rodrigues Marinho, e Priscila Kelly da Silva Neto.

Entendemos que este Projeto é relevante, frente a atual situação de pandemia de COVID-19.

São Paulo, 14 de julho de 2020

Dr. Arnaldo Sala
Área Técnica de Atenção Básica / CRS / SES-SP