

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES

**PERCEPÇÕES DE CUIDADORES DE USUÁRIOS ACAMADOS FRENTE AOS
DESAFIOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CAMPO GRANDE
2023

LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES

**PERCEPÇÕES DE CUIDADORES DE USUÁRIOS ACAMADOS FRENTE AOS
DESAFIOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, com requisito para a obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde

Orientadora: Professora Doutora Sonia Maria Oliveira de Andrade.

CAMPO GRANDE
2023

ATA DE APROVAÇÃO

20/11/2023, 08:03

SEI/UFMS - 4404504 - Ata



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO

Aos trinta e um dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e três, às catorze horas, por videoconferência, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Sonia Maria Oliveira de Andrade (UFMS), Juliana Pedroso Bauab Geraldo (UFMS) e Mara Lisiane de Moraes dos Santos (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES, CPF 26098463808, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "REPRESENTAÇÃO DE CUIDADORES DE PACIENTES ACAMADOS FRENTE AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" e orientação de Sonia Maria Oliveira de Andrade. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR:

- Dr^a. Sonia Maria Oliveira de Andrade (Interno)
- Dr^a. Mara Lisiane de Moraes dos Santos (Interno)
- Dr^a. Juliana Pedroso Bauab Geraldo (Externo)
- Dr^a. Cássia Barbosa Reis (Externo - Suplente)

RESULTADO FINAL:

Aprovação Reprovação

OBSERVAÇÕES:

A aluna apresentou sua dissertação no tempo regulamentar e respondeu satisfatoriamente aos questionamentos feitos pelos membros que compuseram a banca examinadora. A aluna ainda se comprometeu a fazer as alterações sugeridas pelos membros da banca, antes da entrega da versão final da dissertação.

Este é o parecer.

Ata assinada eletronicamente de acordo com o Ofício Circular nº 1/2020 - CPG/PROPP/UFMS.

Dedico este estudo ao grande amor da minha vida, pai, avô, professor e amigo Agenor Bevilaqua (1920-2023), falecido em 6 de fevereiro. Esse ser social abençoado, iluminado e humanitário, sempre engajado em cuidar das pessoas menos favorecidas, minorias, fornecendo abrigo e tudo mais que lhe fosse possível. Promoveu a emancipação e o empoderamento ao longo de sua vida, através do fomento à leitura, presenteando muitos livros para todos seus filhos, netos e amigos. Fundou a escola rural 14 de Julho da Jurema, na fazenda do avô no distrito do município de Caucaia-CE, desta forma corroborando para que algumas pessoas adentrassem em universidades federais. Foi um privilégio desfrutar dos seus ensinamentos, cada segundo que pude estar ao seu lado foi motivo de orgulho e alegria para mim. Assim, registro aqui minha imensa saudade e eterno amor por ti.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todo o seu apoio e auxílio ao longo da minha vida e, em especial, nas noites que passei em claro trabalhando neste estudo, em meio ao processo de luto, devido à perda inestimável de meu avô Agenor Bevilaqua.

Aos cuidadores, que contribuíram de forma única com seus depoimentos, aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e à Liliam, gerente da Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinem, que propiciaram a coleta dos dados.

À minha mãe, Sueli Alves, mulher extraordinária, guerreira, amiga, referência de todos os dias, que exerceu a maternagem com muito amor, a fim de suprir todas as minhas necessidades e proporcionar as melhores oportunidades.

À Maria Rita de Carvalho Prado, comadre, irmã de coração, amiga há mais de 25 anos, que sempre me apoiou e me socorreu quando precisei.

Ao meu tio Igor Briteslide Demaria Bevilaqua, homem digno de toda a minha admiração, exemplo de conduta e honra, melhor tio que alguém poderia ter, e à minha tia Rute Maria Bevilaqua, que lutou por mim com amor e dedicação, sem a qual eu não teria contornado os limites que a dislexia me impõe, não seria alfabetizada e nem teria a oportunidade de cursar o ensino superior.

À Kátia Flávia Rocha, Francielly Anjolin Lescano, Maria José Claro da Silva, Maria Thereza Pinel e, em especial, Yasmine Braga Theodoro e Eli Fernanda Brandão Lopes, parceiras brilhantes que a vida profissional me presenteou, as quais fomentaram e auxiliaram a minha vida acadêmica com sua amizade. Ao Wagner Moura, por todos os auxílios tecnológicos feitos nos últimos 12 anos, muito importantes para meus estudos.

À Isabella Lansttai Bevilaqua Menezes e à Giovanna Lansttai Bevilaqua Menezes, minhas filhas amadas, que me inspiram a cada segundo do meu viver.

Ao Claudio Francisco de Menezes, meu esposo, amor e parceiro de 22 anos que, independentemente do tamanho de seu sacrifício, me apoia em todos os desafios.

À minha orientadora Professora Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade, por sua acolhida, orientação e colaboração para realização deste sonho, e à Lariane Marques Pereira, pela disponibilidade e auxílio no desenvolvimento deste.

Agradeço também a todos os outros docentes deste programa e membros da banca examinadora de qualificação e obtenção de título, que colaboraram comigo nesse processo de aprendizagem.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC/BRASIL e contou com aporte financeiro referente a bolsas, vinculado ao Acordo de Cooperação Técnica Nº 55/2021 - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Edital: Chamada FUNDECT Nº 33.

A todos vocês, gratidão!

TRAJETÓRIA

No ano de 2009 prestei o vestibular para o curso de Serviço Social na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), com bolsa de estudo pelo Programa Vale Universidade, do estado do Mato Grosso do Sul, que oferece bolsa a estudantes em situação de vulnerabilidade para que, em contrapartida, o estudante estagie nos órgãos públicos estaduais.

No primeiro ano do curso, segui estudando no período noturno na UCDB e estagiando no período matutino na Secretaria Estadual de Assistência Social (SETAS), para colaborar na alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Realizei meu estágio curricular no ano de 2011, na Unidade Executiva SESC Horto, o que resultou no meu Trabalho Monográfico de Conclusão do Curso de Serviço Social, intitulado Projeto “Era uma vez... atividades intergeracionais”, resgatando a convivência e o repasse cultural entre gerações, que teve como tema central a importância do repasse cultural e o processo de coeducação entre gerações na sociedade contemporânea.

Também, tive a oportunidade de realizar estágio junto ao Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul, na Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Campo Grande – MS. No período de 17/08/2013 a 15/03/2015 me dediquei ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Psicologia Jurídica e Mediação de Conflitos, ministrado no Instituto Libera Limes. Posteriormente, entre março de 2015 e março de 2017, participei do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Hospitalar Anhanguera UNIDERP/HRMS/FUNSAU, no qual me especializei em Intensivismo. Já no período de 01/03/2018 a 28/02/2020 fui residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados, área de concentração em Atenção à Saúde do Idoso, certificado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Além disso, fui Membro Oficial do Comitê de Serviço Social da Academia Nacional de Cuidados Paliativos- ANCP.

No contexto pandêmico, entendi que o cuidado ao próximo é uma tarefa árdua e imprescindível aos usuários fragilizados pelo efeito de suas enfermidades progressivas. Considerando a magnitude da pandemia resultante da Covid-19, haja vista estar presente em todos os continentes e ao alto índice de contaminação e óbitos

causados por ela, ainda existem grandes lacunas a serem sanadas; espero, com este trabalho, somar e fomentar as pesquisas sobre essa temática tão relevante.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2002, p. 33).

RESUMO

O cenário mundial foi transformado com a propagação do novo coronavírus, intitulado SARS-CoV-2, que causa a Covid-19, devido, principalmente, à sua capacidade de rápida disseminação geográfica. Esse singular contexto gerou grandes desafios, como o enfrentamento da crise sanitária na Atenção Primária à Saúde e a prestação de assistência a usuários fragilizados que dependem da assistência de terceiros. O objetivo deste trabalho é apreender a percepção de cuidadores de usuários acamados assistidos pela Unidade de Saúde da Família “Dr. Milton Kojo Chinen” – Vila Nasser frente aos desafios impostos pela pandemia de covid-19. Esta pesquisa tem uma abordagem quanti-qualitativa de tipo descritivo e exploratória, com base nos dados coletados em unidade de saúde da família no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas direcionadas ao público-alvo de cuidadores de usuários que recebem insumos médico-hospitalares para uso em domicílio, que compuseram a amostra por conveniência. Para organização dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, de Fernando Lefèvre e Ana Maria Lefèvre, e a análise se deu na perspectiva do método materialista histórico-dialético sob o ponto de vista do singular--particular-universal. Assim, os resultados obtidos sinalizam que ainda há predominância de cuidadoras do sexo feminino (73,3%). Entre estes cuidadores, existem também pessoas idosas, A respeito dos usuários sobre os quais os cuidadores são objeto da pesquisa, ficou evidente que fazem uso de convênio médico e consultas particulares devido à dificuldade de acesso, via SUS, a profissionais de várias categorias, tais como fisioterapia e ortopedia, entre outros. Outrossim, todos eles deveriam contar com a assistência de uma equipe paliativista via Estratégia Saúde da Família. Conclui-se que o enfrentamento da pandemia no Brasil foi deficitário. Os números de incidência e mortalidade fizeram do Brasil um epicentro da doença e a falta de conhecimento sobre esta causou muito sofrimento, tanto para os profissionais de saúde quanto para os cuidadores formais e informais, em especial os familiares que prestam a assistência e não podem contar com nenhum benefício assistencial ou previdenciário para sua própria subsistência. Nesse sentido, torna-se imprescindível a implantação da Política Nacional de Cuidado no Brasil e que, nela, esteja preconizada a participação dos profissionais da ESF na capacitação dos cuidadores.

Descritores: pandemia; COVID-19; Estratégia Saúde da Família; cuidados primários; cuidadores.

ABSTRACT

The world scenario was transformed with the spread of the new coronavirus, called SARS-CoV-2, which causes Covid-19, mainly due to its ability to spread quickly geographically. This unique context generated major challenges, such as facing the health crisis in Primary Health Care and providing assistance to fragile users who depend on the assistance of third parties. The objective of this work is to understand the perception of caregivers of bedridden patients assisted by the Family Health Unit “Dr. Milton Kojo Chinen” – Vila Nasser facing the challenges posed by the covid-19 pandemic. This research has a descriptive and exploratory quantitative-qualitative approach, based on data collected in a family health unit in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Semi-structured interviews were carried out aimed at the target audience of caregivers of users who receive medical and hospital supplies for use at home, which made up the convenience sample. To organize the data, the Collective Subject Discourse technique, by Fernando Lefèvre and Ana Maria Lefèvre, was used, and the analysis took place from the perspective of the historical-dialectic materialist method from the point of view of the singular--particular-universal. Thus, the results obtained indicate that there is still a predominance of female caregivers (73.3%). Among these caregivers, there are also elderly people. Regarding the users for whom the caregivers are the object of the research, it was evident that they make use of medical insurance and private consultations due to the difficulty of access, via SUS, to professionals of various categories, such as such as physiotherapy and orthopedics, among others. Furthermore, all of them should have the assistance of a palliative team via the Family Health Strategy. It is concluded that the fight against the pandemic in Brazil was deficient. The incidence and mortality numbers made Brazil an epicenter of the disease and the lack of knowledge about it caused a lot of suffering, both for health professionals and formal and informal caregivers, especially family members who provide assistance and cannot count on with no assistance or social security benefits for their own subsistence. In this sense, it is essential to implement the National Care Policy in Brazil and that, in it, the participation of ESF professionals in the training of caregivers is recommended.

Descriptors: pandemic; COVID-19; Family Health Strategy; primary care; caregivers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD - Atividades Avançadas da Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVCH - Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVD - Atividades da Vida Diária

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CBO - Classificação Brasileira de Ocupação

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

EC - Expressões-chave

ELSI-Brasil - Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESF- Estratégia Saúde da Família

IAD - Instrumento de Análise de Discurso

IC - Ideias centrais

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LGBTI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero e intersexuais

MDS - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

MS - Mato Grosso do Sul

MS – Ministério da Saúde

NASF/AB- Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SARS-Cov-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus tipo 2

SESAU - Secretaria Municipal de Saúde Pública

SETAS - Secretaria Estadual de Assistência Social

SISDEPEN - Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCDB - Universidade Católica Dom Bosco

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Total de óbitos registrados no Brasil no período de março a outubro de 2020.	23
Figura 2: Panorama de casos confirmados de Covid-19 em Mato Grosso do Sul – 2020 a 2023	24-25
Figura 3: Determinantes sociais em saúde e desigualdade em matéria de saúde	27
Figura 4: Determinantes sociais e impacto no contexto da pandemia de Covid-19	28
Figura 5: População brasileira, de acordo com as divisões do mercado de trabalho, 4º trimestre 2022.	32
Figura 6: Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crônicas progressivas	40
Figura 7 – Eixos temáticos e ideias centrais	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos cuidadores e dos usuários segundo variáveis sociodemográficas (n=15)	49
Tabela 2: Necessidades de insumos e serviços para usuários e recursos disponibilizados pela RAS durante a pandemia	51
Tabela 3: Perfil clínico dos usuários que recebem insumos na Unidade de Saúde da Vila Nasser em CG	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	Covid-19	21
2.1.1	<u>Breve contextualização</u>	22
2.1.2	<u>Impactos na Rede Assistência à Saúde</u>	25
2.2	Pessoas em situação de vulnerabilidade	30
2.2.1	<u>Pessoas com restrições de mobilidade</u>	34
2.2.2	<u>O cuidado e o cuidador</u>	35
2.2.3	<u>Cuidados paliativos no SUS e na Atenção Primária a Saúde</u>	40
3	OBJETIVOS	42
3.1	Objetivo geral	42
3.2	Objetivos específicos	42
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
4.1	Tipo e abrangência da pesquisa	43
4.2	Amostra e critérios de inclusão e exclusão	43
4.3	Coleta dos dados	44
4.4	Organização e análise dos dados	45
4.5	Aspectos éticos	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	Caracterização dos cuidadores e usuários	48
5.2	Condições de saúde e recursos utilizados	49
5.3	O cuidado e a assistência	55
5.3.1	<u>O cuidador formal</u>	56
5.3.2	<u>Cuidado familiar – aspectos positivos</u>	58
5.3.3	<u>Cuidado familiar – aspectos negativos</u>	61
5.3.4	<u>A assistência domiciliar no cuidado</u>	64
5.3.5	<u>Ser cuidador durante e após a pandemia</u>	69
6	CONCLUSÕES	76
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A - Termo de Compromisso para utilização de informações de prontuários em projetos de pesquisa	100
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101

APÊNDICE C - Roteiro para caracterização da condição de saúde e recursos utilizados	103
APÊNDICE D - Roteiro de entrevista	104
APÊNDICE E - Instrumento de análise do discurso	105
ANEXO A - Anuência SESAU	106
ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa	107

1 INTRODUÇÃO

A Covid-19 tem rápida disseminação, devido ao fato de ser uma infecção viral altamente transmissível que se instalou como pandemia em, pelo menos, 124 países e territórios (EMANUEL *et al.*, 2020). A pandemia da Covid-19 trouxe grandes desafios, expondo fragilidades e disparidades sociais em todo o país, além de ter mostrado as vulnerabilidades dos serviços de saúde, contando com interrupções da assistência às populações mais fragilizadas (FARIA; PATIÑO, 2022). Em meio ao cenário grave e inesperado do COVID-19-SARS-Cov-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus tipo 2), cuidar de um usuário acamado é uma tarefa ainda mais complexa, principalmente por ele não apresentar mais condições de realizar todas suas atividades básicas de vida diária. Desse modo, a família tem um papel primordial no que tange ao cuidado do usuário que necessita de assistência de outra pessoa. Nesse sentido, o intuito deste estudo foi compreender a percepção dos cuidadores de usuários acamados, assistidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinem – Vila Nasser, diante dos desafios impostos pelo surto de Covid-19. Com isso, os resultados da pesquisa poderão auxiliar gestores e técnicos na reorganização das ações referentes aos usuários assistidos por unidades de saúde de um modo geral.

Há necessidade incessante de entender o contexto vivenciado durante a pandemia de Covid-19 por cuidadores de usuários acamados e, assim, colaborar no enfrentamento dos desafios encontrados. Entender os fatores que influenciam a assistência prestada pelos cuidadores aos usuários acamados, incapacitados por condições agravadas e/ou crônicas, é fundamental para que os profissionais de saúde das unidades básicas consigam auxiliar esses cuidadores na promoção de qualidade de vida a esses usuários.

Importa ressaltar o processo de envelhecimento mundial, fruto da transição demográfica gerada por vários fatores, dentre eles a queda da mortalidade, o declínio da fecundidade e os avanços tecnológicos. Como pontuam Souza, Vilione e Soares (2017) acerca desse processo, o envelhecimento é um fenômeno natural a todos os seres humanos, a diferença está no modo como esse processo ocorrerá, pois é um fato dependente dos meios social, cultural, político e econômico. Sendo esses fatores determinantes de saúde, no processo saúde-doença no Brasil tem-se uma população

acometida por doenças crônicas não transmissíveis e suas comorbidades, o que ocasiona a maior utilização do sistema de saúde (MARCUCCI *et al.*, 2016). Nesse contexto, enfatiza-se a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, a qual dispõe em seu Art. 2º que a população tem como direito fundamental a saúde, de modo que é dever do Estado garantir as condições favoráveis ao cumprimento desse direito. Porém, uma vez que a família tem um papel essencial no auxílio ao usuário, o parágrafo § 2º da mesma lei preconiza que, apesar de esse dever ser do Estado, a sociedade, como um todo, também o possui (BRASIL, 1990a).

Este estudo levantou alguns desafios vivenciados pelos cuidadores e seus assistidos em meio à pandemia, permitindo aos gestores e profissionais de saúde utilizarem-no como ponto de partida para propor intervenções que atendam às necessidades de saúde deste público-alvo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Covid-19

Em dezembro de 2019 o mundo teve uma completa alteração nas formas de relações sociais, devido à expansão das complicações geradas pela exposição ao novo tipo de coronavírus (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE AMÉRICAS, 2022). O primeiro registro de contágio foi identificado na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China (BRITISH BROADCASTING CORPORATION, 2020). Buscando restringir a disseminação da doença do vírus corona, o governo e a vigilância sanitária estabeleceram medidas rápidas de distanciamento social, uso de máscara e higiene das mãos com álcool em gel (KUPFERSCHMIDT; COHEN, 2020).

Em fevereiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a denominar, oficialmente, o novo coronavírus, agente responsável pela Covid-19, de SARS-CoV-2 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE AMÉRICAS, 2022). Até o início de fevereiro de 2021 havia sido confirmado, mundialmente, 103.362.039 casos de infecção, com 2.244.713 mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023). Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elevou o estado da contaminação de surto da doença de coronavírus ao conceito de “pandemia de Covid-19”, não pela gravidade da doença, mas devido a sua rápida disseminação geográfica (UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2020). O número de casos publicizados pelo Ministério da Saúde do Brasil informam que, até 24 de dezembro de 2022, globalmente ocorreram 656.864.989 casos confirmados de Covid-19, incluindo 6.678.098 mortes, o que confirma a rápida propagação da doença e sua alta letalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Com isso, foi reforçada a necessidade do acompanhamento epidemiológico e do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como medidas de prevenção em contágio e quebra da cadeia de transmissão, tanto para os profissionais da saúde, quanto para a população em geral.

2.1.1 Breve contextualização

Contextualizando as particularidades brasileiras, em 25 de fevereiro de 2020, foi confirmada a primeira ocorrência de Covid-19 em um homem residente em São Paulo, que regressou de viagem da Itália (CANDIDO *et al.*, 2020). A partir desse cenário, em 11 de março de 2020, o Distrito Federal adotou a estratégia de distanciamento social¹ para a contenção da epidemia, e o restante dos estados implementou um conjunto de medidas de prevenção de infecção na segunda quinzena de março de 2020 (SILVA *et al.*, 2020). Seis dias depois (17 de março), foi confirmado o primeiro óbito, fazendo com que o Ministério da Saúde prontamente anunciasse a incidência da transmissão comunitária em todo o território nacional (RAGGIO; ROCHA DE LUIZ, 2021).

Em conformidade com o estudo intitulado *Excesso de mortalidade segundo grupo de causas no primeiro ano de pandemia de COVID-19 no Brasil* (GUIMARÃES; OLIVEIRA; DUTRA, 2022), faz-se necessário considerar as intervenções governamentais à Covid-19 para suprimir a pandemia com intuito de entender o que foi eficaz ou não, devido à alta taxa de mortalidade em 2020. Nesse sentido, apesar de a população brasileira, inicialmente, seguir as orientações sanitárias, conforme demonstra o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), o qual verificou alta prevalência de adesão a hábitos de higienização e uso de máscara como proteção (LIMA-COSTA *et al.*, 2020), a conduta do então presidente fomentou a flexibilização epidemiológica precoce, afirmando ser em prol da economia e divulgando pontos de vistas pessoais incompatíveis com o consenso científico. Declaração da Comissão Lancet COVID-19 por ocasião da 75ª sessão da Assembleia Geral da ONU, referência da situação, esclarece que a ineficácia em conter a enfermidade está intimamente ligada à ideia de populismo médico, referente a um estilo particular de liderança política (LANCET, 2020). Apesar de o Governo Federal ter adotado uma postura anticientífica, alguns governadores protagonizaram medidas

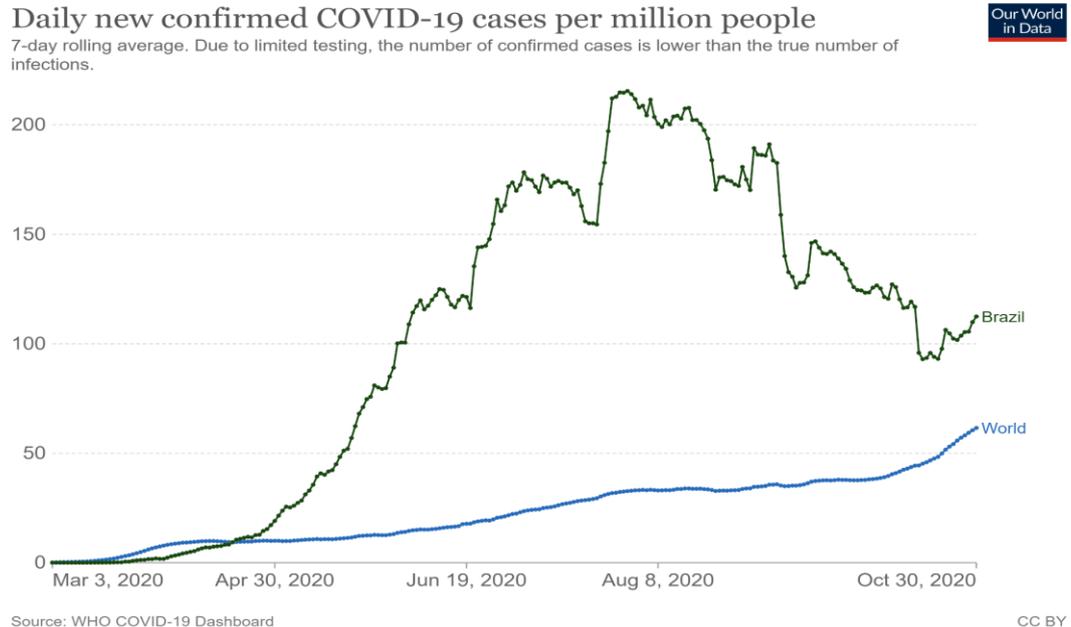
¹ Distanciamento social, cujo termo se refere a esforços que visam diminuir ou interromper a cadeia de transmissão da doença pelo distanciamento físico entre indivíduos que possam estar infectados e os saudáveis, além de proteger aqueles indivíduos em risco de desenvolver a forma grave da doença. Incluem-se nessas medidas o cancelamento de eventos em massa, o fechamento temporário de escolas e locais de trabalho, o bloqueio de fronteiras e a recomendação para a população ficar em casa (SILVA *et al.*, 2020, p.2).

de distanciamento social, realizando o enfrentamento da propagação do vírus (PEREIRA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2020).

Sob esse viés, Schulze (2021) pontua que o Governo Federal não apresentou nenhum plano de contenção da Covid-19, afirmando a demonstração de ineficiência da administração pública ao promoverem a desorganização política interna, de modo que as diretrizes centrais propostas pelo Ministério da Saúde foram omitidas e desconsideradas. Vale ressaltar, ainda, que a primeira dose de vacina ministrada no Brasil ocorreu em 17 de janeiro de 2021, no Estado de São Paulo (BITAR, 2022).

Dados os fatos, Santos Júnior e Rocha (2020) explicam que, em julho de 2020, o cenário epidemiológico da pandemia no Brasil alcançou o número total de 2 milhões de casos oficiais notificados, de modo que o país ocupou a segunda posição no ranking mundial de mortes provocadas pela doença. Com isso, o estudo sinalizava que o país tinha potencial de se tornar o novo epicentro da pandemia nas Américas, o que realmente se efetivou, conforme se pode visualizar na figura 1.

Figura 1 - Total de óbitos registrados no Brasil no período de março a outubro - 2020



Fonte: Edouard Mathieu *et al.* (2020).

No que se refere à incidência de casos, houve, no Brasil, 298.408 novos casos notificados em 3 de fevereiro de 2022, o maior registro de notificações; e 8 de abril de 2021 foi o dia com o maior registro de novos óbitos, chegando a 4.249 mortes.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b). Outrossim, referente ao panorama brasileiro, foram relatados ao Ministério da Saúde, até 18 de agosto de 2023, 37.750.389 casos confirmados e 705.054 mortes causadas pela exposição à Covid-19 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a). Além disso, até 22 de agosto de 2023 foram administradas um total de 516.731.683 de vacinas no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a). Apesar do número expressivo de pessoas vacinadas em território nacional, existem muitas pessoas demandando cuidados por estarem em processo de recuperação da saúde, de reabilitação pós-Covid-19 e/ou tratando problemas de saúde já existentes, demandas essas que necessitam de respostas das políticas públicas.

Em 26 de maio de 2022, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) divulgou a Recomendação nº 13, a qual preconiza a criação da Rede de Cuidados às Vítimas da Covid-19 e seus familiares, para tratamento pós-Covid-19. Nesse sentido, leva-se em consideração a insuficiência de investimento público para a realização da vigilância em saúde, a necessidade de continuidade de tratamento pós-alta hospitalar, associado ao acompanhamento interdisciplinar fora das unidades hospitalares, e o desmantelamento da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia no Brasil, entre outros aspectos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022c).

Em Mato Grosso do Sul (MS), conforme dados do boletim epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde do MS (2023), até agosto de 2023 foram identificados 615.732 casos da doença e 11.088 óbitos (figura 2).

Figura 2 – Panorama de casos confirmados de Covid-19 em Mato Grosso do Sul – 2020 a 2023

2020		2021	
Casos confirmados	133.761	Casos confirmados	246.644
Incidência (por 100 mil habitantes)	4.761,2	Incidência (por 100 mil habitantes)	8.687,1
Óbitos	2.397	Óbitos	7.356
Letalidade	1,8%	Letalidade	3,0%
Mortalidade (por 100 mil habitantes)	85,3	Mortalidade (por 100 mil habitantes)	261,8

2022		2023	
Casos confirmados	212.804	Casos confirmados	22.523
Incidência (por 100 mil habitantes)	7.495,2	Incidência (por 100 mil habitantes)	793,3
Óbitos	1.185	Óbitos	150
Letalidade	0,6%	Letalidade	0,7%
Mortalidade (por 100 mil habitantes)	41,7	Mortalidade (por 100 mil habitantes)	5,3

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul/MS (2023)

No município de Campo Grande (MS), com população estimada de 895.982 pessoas, ocorreram 217.094 casos novos confirmados de Covid-19 e 4.714 casos de óbitos acumulados, divulgados em agosto de 2023. Esses dados foram registrados apesar de 1.894.117 doses de vacinas terem sido aplicadas no Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a). Desse modo, a partir dos dados apresentados é possível afirmar que o número de casos novos de COVID-19 continuou crescendo diariamente.

2.1.2 Impactos na Rede Assistência à Saúde

No início da década de 1970 irrompe, no Brasil, um movimento pleiteando mudanças na saúde. Trata-se do Movimento de Reforma Sanitária, quando um número expressivo de entidades surge para discutir mudanças no quadro sanitário do país, dentre elas o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), instituição que se constituiu no ponto de encontro de médicos e sanitaristas (SOPHIA, 2012). Em 1986, depois do término da Ditadura Militar, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi um divisor de águas na saúde.

Com a publicação da Carta Maior em 1988, ocorreram mudanças na política de saúde brasileira com a criação do Sistema Único de Saúde através das Leis nº 8.080, de setembro de 1990 — que dispõe a respeito de pontos importantes relacionados à manutenção da saúde, como promoção, proteção e recuperação, além da organização e do funcionamento de serviços voltados para a área (BRASIL, 1990

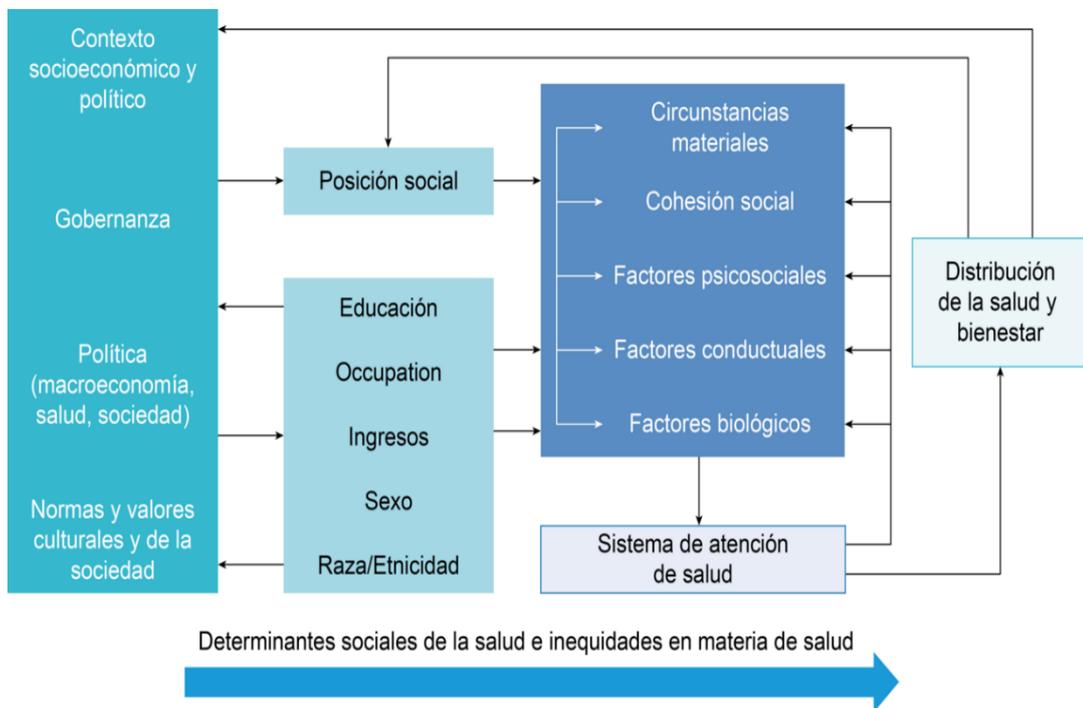
a) —, e nº 8.142, de 28 dezembro de 1990 — a qual trata acerca da participação comunitária no SUS e das responsabilidades intergovernamentais na área da saúde (BRASIL, 1990b). Além de preconizar, em seu Art. 2º, a saúde como um direito fundamental e atribuir o dever ao Estado, afirma, em seu Art. 7º, os princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde e integralidade da assistência, entre outros.

Antes do início da pandemia, em fevereiro de 2020, o Brasil já enfrentava problemas estruturais na economia e nas políticas públicas, em especial na saúde, devido às ações centradas na austeridade fiscal do Governo Federal que abalaram o Sistema Único de Saúde (SUS) com aprofundamento do processo de subfinanciamento, comprometendo sua capacidade de atendimento (MASSUDA *et al.*, 2018). De fato, a pandemia teve repercussão em vários setores, como educação, economia e turismo, do mesmo modo que nos relacionamentos interpessoais, nas dinâmicas sociais etc. No entanto, a área da saúde foi uma das mais afetada, considerando a forma como o sistema de saúde está organizado, integrando os diferentes níveis de cuidados (atenção primária, cuidados ambulatoriais, cuidados hospitalares, cuidados continuados e cuidados paliativos) (SOUSA, 2021a). Desse modo, ante as mudanças ocorridas a partir da pandemia, essa estrutura de saúde pública, já precária, precisou ser ampliada e reorganizada em todos os níveis, para que o cuidado fosse resolutivo tendo em vista, também, as novas demandas geradas a partir do Covid-19 (MOURA; SILVA; VALENÇA, 2021).

Corroborando a compreensão desse contexto pandêmico, devemos entender o conceito de determinantes sociais, o qual a Organização Mundial de Saúde propôs, em 2009, no intuito de reduzir as iniquidades sanitárias e atuar sobre as causas (os determinantes sociais da saúde) para uma boa ou má saúde, no sentido de equidade em saúde, conforme sistematizado na figura 3.

Determinantes sociais de saúde são as circunstâncias em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que afetam essas circunstâncias, como a distribuição global, nacional e local de riqueza, poder e recursos. [...] Transformacional e, portanto, equalizadora ação para abordar os determinantes sociais da saúde requer abandonando as práticas de saúde pública baseadas no fator de risco paradigma, no qual o indivíduo e o comportamento são o foco (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017, p. 25)

Figura 3 – Determinantes sociais em saúde e desigualdade em matéria de saúde

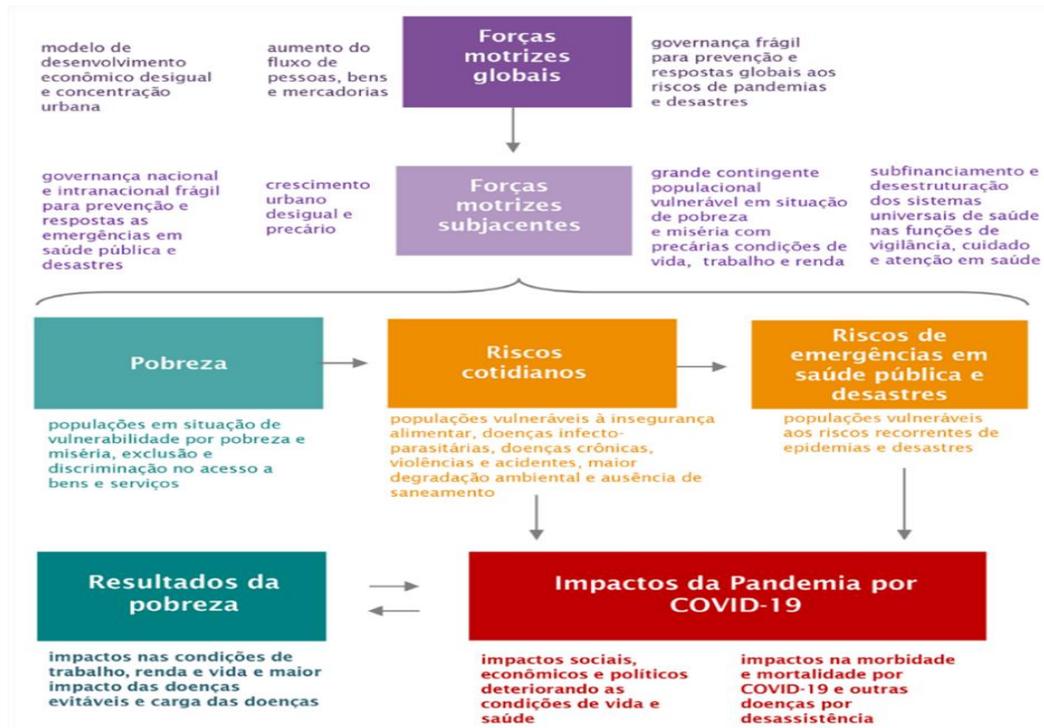


Fonte: Pan American Health Organization (2017)

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL,1990a) preconiza, em seu Art. 5º, os objetivos do Sistema Único de Saúde, entre eles, o inciso I, que discute sobre como os fatores condicionantes e determinantes devem ser identificados e divulgados, sendo imprescindível a realização de pesquisas epidemiológicas acerca dessa temática, a fim de realizar ações eficazes de saúde, de modo a somar novos conhecimentos ao processo saúde-doença (CARVALHO, 2013).

O Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES) da Fiocruz, fomentando a compreensão desse desastre global, apresentou processos (fatores determinantes sociais) que impactaram em meio à pandemia, conforme esquema apresentado na figura 4.

Figura 4 – Determinantes sociais e impacto no contexto da pandemia de Covid-19



Fonte: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (2020, p. 5).

Outrossim, no contexto pandêmico, é importante frisar que as condições de trabalho dos profissionais da saúde foram um dos determinantes sociais: a escassez de Equipamentos de Proteção Individuais (EPI), tais como máscara N95, máscara cirúrgica, avental, luvas e óculos para o exercício da atividade laboral. Isso colaborou para o Brasil ser líder em casos de óbito entre os enfermeiros de todo o mundo, marca alcançada, no entendimento do presidente do Conselho Federal de Enfermagem Sr. Manoel Neri, devido à escassez dos EPI e à falta de capacitação das equipes, dentre outros fatores (CARBINATTO, 2020). A falta de EPI foi um inconveniente que atingiu os serviços de saúde a nível mundial, obrigando os gestores de diferentes povos a pleitearem a aquisição de dispositivo de uso individual para suprir a vasta necessidade de abastecimento. Dessa forma, era esperado que, em algum momento da pandemia, viesse a faltar EPI, passando pela carência desses insumos em departamentos que precisam utilizar em maior número.

Porém, as circunstâncias ficaram mais alarmantes uma vez percebida a baixa que poderia gerar de profissionais de saúde entre os que estavam prestando assistência direta aos usuários com Covid-19 (CARDOSO; SÓRIA; VERNAGLIA,

2021). O cenário e o risco vivenciados pelos profissionais de saúde durante a pandemia por Covid-19 foram diferenciados devido às incertezas dos recursos terapêuticos eficazes. O SARS-CoV-2 é muito distinto de outros patógenos capazes de produzir enfermidades passíveis de medidas de precaução e cura, sendo sua característica principal a expansão veloz e silenciosa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2022).

As repercussões são expressivas quando existe um atraso no fechamento de diagnóstico de uma pessoa contaminada pelo Covid-19, já que o contato necessário para prestar assistência direta ao usuário gera grande risco de contágio para o profissional de saúde. À vista disso, esses profissionais precisam estar atentos ao aparecimento de quaisquer sintomas de infecção e, se forem de natureza respiratória, eles devem ser afastados de suas funções temporariamente (ADMS; WALLS, 2020).

A atuação dos profissionais de saúde em meio ao surto de Covid-19 evidenciou o quanto é imprescindível para a humanidade essa assistência profissional. É sabido o descaso do estado brasileiro em suprir as necessidades dos profissionais da rede pública de saúde, além da falta de estrutura adequada para o exercício profissional, o que resultou em consequências danosas aos profissionais de saúde — não só físicas, mas também psicológicas. Diante disso, cabia ao governo apresentar um plano de enaltecimento dos profissionais em tela, principalmente em termos de remuneração, capacitação, fornecimento de estrutura física e operacional, voltado, a princípio, para os territórios mais fragilizados com a falta de profissionais (MASSUDA; TASCIA, 2021).

Um dos maiores inconvenientes dessa situação pandêmica causada pelo Covid-19, perante as unidades de alta complexidade de saúde, foi o abrupto alargamento de internações em busca de terapia intensiva (MASSUDA; TASCIA; MALIK, 2020). Reflexo disso foi a situação caótica no Amazonas, em janeiro de 2021, gerada pela falta de oxigênio nos hospitais quando o estado apresentava recorde de internações por COVID, sofrendo de superlotação, como mostram Gazel e Cruz (2022) ao explicarem que mais de 60 pessoas morreram no estado, de acordo com dados do Ministério Público e da Defensoria Pública, por falta de oxigênio. Além disso, houve a transferência de mais de 500 usuários para outros estados. Tem-se que cerca de 14 mil metros cúbicos de oxigênio eram consumidos em média por dia, e, durante a pandemia, esse número subiu para 76,5 mil metros cúbicos. O problema era ainda maior, pois as empresas fornecedoras só conseguiam produzir, em média, 28,2 mil

metros cúbicos na época.

Em face à desigualdade no número de leitos de UTI entre os setores público e privado, nenhuma ação federal foi registrada até o mês de agosto de 2020 com fins de orientação de uso dos recursos voltados para o SUS (MASSUDA; TASCA; MALIK, 2020). Ressalta-se que a atenção básica tem condições de fazer o enfrentamento à pandemia, apesar de isso não ter sido premeditado, sendo possível realizar atendimento aos usuários com sintomas mais brandos, a fim evitar a crise, não sobrecarregando os hospitais e instalações de saúde. Buscando atender as demandas da atenção primária de saúde e ajustar ao contexto da pandemia por Covid-19, preconiza-se as seguintes estratégias:

1. Integrar a atenção primária de forma mais proeminente na resposta geral de saúde pública à COVID-19.
2. Adaptar os papéis e responsabilidades da atenção primária visando a uma resposta mais efetiva à COVID.
3. Manter a prestação de serviços essenciais de atenção primária (não relacionados à COVID-19) durante a pandemia. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2020, p. 4)

2.2 Pessoas em situação de vulnerabilidade

Referente às especificidades da pandemia de Covid-19 e às respostas apresentadas para seu enfrentamento, é necessário ter em mente as disparidades de alguns segmentos da população brasileira, uma vez que esse cenário acentuou vulnerabilidades relacionadas à saúde, ao trabalho, à vida familiar etc., devido ao isolamento social e à atenuação de atividades econômicas (GANDRA, 2021). O conceito de vulnerabilidade sobre o prisma social refere-se a:

- a) acesso à informação;
- b) quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais;
- c) acesso e qualidade dos serviços de saúde;
- d) nível geral de saúde da população, mediante comportamento de indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade infantil;
- e) aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos, como a situação da mulher (menores salários, ausência de legislações de proteção específica, exposição à violência; restrições de exercício de cidadania etc.);
- f) grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade desses sujeitos fazerem ouvir suas necessidades nas diversas esferas decisórias;
- g) grau de prioridade política (e econômica) dada à saúde;
- h) condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros (AYRES *et al.*, 2003, p. 125)

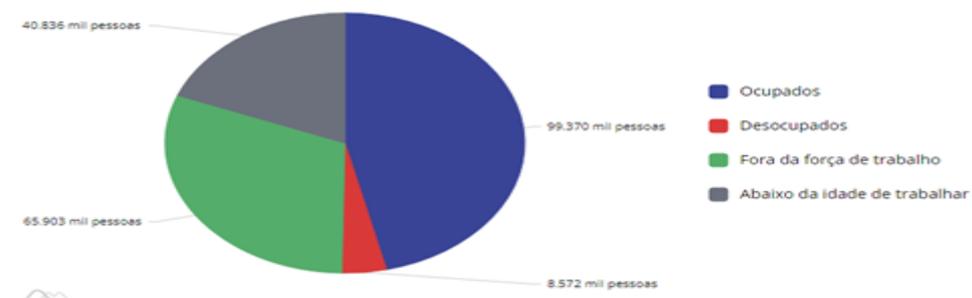
Uma das implicações do distanciamento social é a brusca mudança na dinâmica social e no modo de se viver das pessoas, além da diminuição de vagas de trabalho e no modo de ordenação do comércio. Os integrantes da família ficam várias

horas reunidos, na maior parte dos casos, em lugares sem muita privacidade; os compromissos, que habitualmente seriam realizados externamente, sucedem em domicílio, inclusive as atividades laborativas em *home office* e de aprendizagem com aulas *online*. Os demais, exonerados de seus afazeres e com suas sequelas monetárias, sujeitam-se a atividades que manifestam ameaça de infecção para seus parentes (BEHAR-ZUSMAN; CHAVEZ; GATTAMORTA, 2020).

Devido à conjuntura pandêmica a nível mundial, bilhões de pessoas foram prejudicadas em relação às políticas públicas, ao comércio, à economia e às relações sociais que demandam intervenções de imediato (SHUJA *et al.*, 2021). O total de desempregados aproximou-se de 200 milhões mundialmente, de modo que vários foram os planos de mitigação do vírus, em grande parte ineficazes. Muitas cidades adotaram o *lockdown*, no qual o comércio tinha regras de funcionamento e as pessoas deveriam permanecer em suas residências (CARREIRO; JABUR, 2022). Entretanto, o salário-mínimo no Brasil é insuficiente para atender às necessidades básicas, ainda que ele tenha passado para R\$ 1.320 a partir de 1º de janeiro em 2023, com reajuste de quase 9% em relação aos valores de 2022. O salário-mínimo ideal para atender às necessidades de uma família de quatro pessoas seria de R\$ 6.575,30 em novembro de 2022, segundo cálculos da Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos, realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese). O valor corresponde a 5,1 vezes o piso federal atual (ESTADÃO, 2022).

A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) verificou que, no último trimestre do ano de 2022, o número de desempregados no Brasil foi de 8,6 milhões, conforme apresentam os dados de ocupações da figura 5.

Figura 5 – População brasileira segundo as divisões do mercado de trabalho- 4º trimestre 2022



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022)

Na década compreendida entre 2012 e 2022, a pobreza no Brasil desenvolveu-se, de maneira que os domicílios brasileiros que compõem as classes D e E cresceram de 48,7% para 51% e, em 2021, as classes D e E chegaram à marca de 51,6% da população (GERBELLI, 2022). Outro fator que corrobora a vulnerabilidade vivenciada no país é a inadequação habitacional pela urbanização sem planejamento e sem condições de saneamento básico, presente nas regiões periféricas que se viram caóticas em meio ao surto de Covid-19, uma vez que essas estruturas contribuem para a propagação do vírus (CANETTIERI, 2020).

O artigo *COVID-19 in Brazil: So what?*, do The Lancet, alega que deveras as intervenções de enfrentamento da pandemia por parte Governo Federal brasileiro fossem mais eficazes, o país ainda apresentaria obstáculos ao contrapor o coronavírus, em razão do fato de haver aproximadamente 13 milhões de pessoas vivendo nas favelas, onde tem déficit de saneamento básico e, com frequência, moradores aglomerados em um único cômodo, impedindo que seguissem as orientações das autoridades sanitárias. O país também vivencia a precarização das condições básicas oferecidas aos povos indígenas, que já se encontravam sob grave ameaça mesmo antes da pandemia do Covid-19, uma vez que o governo tem negligenciado (e, em determinados casos, até incentivado) o garimpo e a extração ilegal de madeira em regiões pertencentes aos povos originários, principalmente na Amazônia, floresta tropical. Segundo The Lancet (2020), as populações remotas podem ser infectadas por Covid-19 através de madeireiros e garimpeiros.

No tocante à população carcerária do Brasil, segundo dados estatísticos do SISDEPEN referentes ao período de janeiro a junho de 2022, existem 654.704 pessoas privadas de liberdade, sendo 326.365 em regime fechado; 8.945 em regime aberto; 126.237 em semiaberto; 399 em tratamento ambulatorial; 190.771 em provisório e 1.987 cumprindo medida de segurança (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PENAS, 2022). Ainda, o Brasil contava com 281 mil pessoas vivendo nas ruas em 2022, o que, se comparado com os dados de 2019, sinaliza um acréscimo de 38% após o início da pandemia, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (IPEA, 2022). Fazem parte desse grupo pessoas fragilizadas que comungam com outros segmentos populacionais necessidades tais como:

...banheiros públicos abertos e água potável em garrafas descartáveis; restaurantes populares abertos com horário estendido e entrega gratuita de alimento; vacinação; Consultórios na Rua; kits com sabão, álcool gel e outros produtos de higiene; acomodação apropriadas às pessoas que precisam de isolamento; abrigo protegido para pessoas, suas carroças e animais de estimação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020, p. 14-15).

Em nota técnica, o IPEA (2020) sinaliza a dificuldade de acessar equipamentos de saúde, sendo a maior dificuldade o transporte, já que, nas 20 maiores cidades do Brasil, cerca de 228 mil pessoas de baixa renda e com mais de 50 anos residem longe das unidades de saúde e, para acessar esses equipamentos, teriam que andar mais que 5 km em meio à pandemia. Mendes (2020) esclarece que a desassistência, provocada pelas restrições de acesso ou pelo medo das pessoas em buscarem os equipamentos de saúde, manifesta-se de forma caótica, de modo que as condições crônicas tendem a se instabilizarem e sofrerem agravos, provocando óbitos.

Com isso, temos que a crise sanitária gerada pelo coronavírus evidencia as desigualdades criadas por etnia, classe, sexo, idade, deficiências, origem geográfica e orientação sexual. Com base em surtos anteriores, por exemplo, estima-se que principalmente as mulheres têm sentido profundamente as repercussões da Covid-19. Apesar disso, todas as deliberações do Governo Federal tiveram foco na população em geral, não tendo levado em conta nenhuma especificidade de nenhum segmento populacional mais fragilizado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020).

A existência de soberania implica respeitar a cidadania e a justiça social, de modo que é impossível haver justiça sem reconhecer as particularidades e demandas das populações mais fragilizadas, sendo elas os grupos marginalizados, como mulheres, crianças, idosos, trabalhadores precarizados, a população negra, a comunidade LGBTQ+, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade etc. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020). Vemos, assim, que os determinantes sociais expandem a compreensão da extensão do Covid-19, de sua incidência e prevalência, apresentando suas especificidades em diversas realidades sociais as quais necessitam de respostas eficazes da vigilância epidemiológica, a fim de efetivar a contenção da doença (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020).

2.2.1 Pessoas com restrições de mobilidade

As alterações nos perfis demográfico e epidemiológico das populações fomenta a ampliação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que surgem atreladas à incapacidade para realização de atividades diárias e ao decorrente da qualidade de vida (BERNARDES *et al.*, 2019). O termo DNT refere-se a uma associação de circunstâncias que não são provocadas, sobretudo, por uma infecção aguda, mas sim surgem em resultado de longo prazo para a saúde e, muitas vezes, criam a necessidade de recursos terapêuticos e assistências delongadas. Essas conjunturas englobam carcinoma, doenças cardíacas, diabetes e doenças pulmonares crônicas, ressaltando-se que as “doenças crônicas não transmissíveis (DNT) são a causa número um de morte e incapacidade no mundo” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020b).

No Brasil, as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) geraram mais da metade de mortes do país. Desse modo, os dados demonstram que 54,7% de mortes registradas em 2019 foram causadas por DCNT e 11,5% dos óbitos foram causados por agravos, de maneira que as populações mais vulneráveis foram as mais atingidas (BRASIL, 2021). Diversas enfermidades não transmissíveis podem ser evitadas, diminuindo fatores de risco, como uso de cigarro e de bebida alcoólica, sedentarismo e alimentação inadequada. Além disso, inúmeras enfermidades são consideradas DNT, englobando lesões e transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020a).

Nesse contexto, encontram-se as pessoas acamadas ou com déficit de mobilidade e/ou dependentes de terceiros para prestar sua assistência. O conceito de “usuário acamado” refere-se ao indivíduo que não pode exercer o autocuidado, de maneira que necessita de auxílio para realizar atividades cotidianas (BORDIN *et al.*, 2020). Cristina C. Ribeiro e colaboradores (2022) dizem que as habilidades voltadas para a realização do autocuidado independente podem ser definidas como “capacidade funcional”. Souza, Hartmann e Dreher (2015) complementam que esse conceito de capacidade funcional se refere à manutenção de habilidades físicas e mentais para uma vida autônoma. Por fim, Bruno R. Barbosa *et al.* (2014) esclarecem que a dificuldade de executar tarefas cotidianas ou a necessidade de ajuda para realizar essas atividades recebe o nome de “incapacidade funcional”.

A capacidade funcional está intimamente ligada à autonomia de uma pessoa e à sua qualidade de vida. Daniel Vicentini de Oliveira e colaboradores (2022) relacionam a qualidade de vida, por sua vez, à saúde, de maneira a estar associada à vida saudável, isto é, à satisfação pessoal do indivíduo, sem se prender à ideia de capacidade funcional. Outrossim, trata-se do discernimento da própria pessoa no tocante ao seu local de pertencimento, em que há princípios culturais ligados às suas esperanças e desejos, seus propósitos, inquietações e à união de todos esses precedentes (SANTOS MIRANDA *et al.*, 2022).

Segundo Neilza Oliveira *et al.* (2021), as atividades da vida diária (AVD) são conceituadas em: básicas (ABVD) — atividades associadas ao asseio e subsistência —, instrumentais (AIVD) — são as mais difíceis no tocante ao cognitivo — e avançadas (AAVD) — atividades realizadas em sociedade. No que tange às AVD, a funcionalidade e a limitação funcional, conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), são multidimensionais e estão intimamente ligadas ao seu quadro clínico, suas potencialidades, inclusive econômicas, e ao ambiente em que vive (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). Assim, é a incapacidade funcional, independentemente de sua causa, que gera a necessidade de se contar com um cuidador (BRASIL, 2006b).

2.2.2 O cuidado e o cuidador

O cuidar do outro é vivenciar emoções, afeto, afabilidade, camaradagem: é respeitar o próximo. O cuidado presume ética e valores na forma de falar e interagir com o outro, principalmente em casos de maior fragilidade e vulnerabilidade humana. O ato de cuidar pode fortalecer vínculos de proteção e gerar aprendizado no que tange à família e à sociedade (BRASIL, 2017b). Portanto, o cuidado não deve se pautar apenas na experiência familiar, mas deve ser um processo associado à humanização e à socialização (RENK; BUZQUIA; BORDINI, 2022).

Atualmente, o conceito de família mudou e se baseia na questão do vínculo afetivo, não só na união entre pessoas que têm parentesco, contemplando os vários tipos de família (MENEZES, 2022). O cuidado intrafamiliar pressupõe prestar uma acolhida integral devido à natureza dos vínculos, independentemente de sua forma de organização, dentro da realidade socioeconômica familiar, da saúde de seus membros

e histórico familiar precedentes (BRASIL, 2017b). Roberta Prado *et al.* (2018) afirmam que as famílias se deparam com desafios críticos, devido tanto às necessidades internas do meio familiar quanto às demandas do meio social. Entre eles, destaca-se a doença, que sempre será uma das questões sociais contemporâneas, e, para fazer o enfrentamento das situações trazidas por uma enfermidade, é usual agregar ou contratar prestadores de cuidados.

No que tange aos cuidados de uma pessoa enferma, existem dois tipos de cuidadores. O cuidador formal, que tem formação prévia, sendo profissional da saúde contratado para exercer atividade laborativa de forma remunerada em ambientes domiciliares, hospitalares, institucionais. Já o cuidador informal é uma pessoa da família ou voluntário que presta assistência ao enfermo sem receber nenhuma remuneração (DINIZ *et al.*, 2018). Ainda que o esperado seja que cuidadores formais sejam profissionais de saúde, todavia existem pessoas que adotam o cuidado como atividade laborativa remunerada sem ter formação para exercer essa função. Com isso, destaca-se que indivíduos com quadro clínico muito complexo devem ser atendidos por profissionais instruídos e preparados para exercerem a função — no entanto, não se trata de disposições legais em conformidade com o Ministério do Trabalho em Emprego, de modo que o essencial é o cuidador tratar do bem-estar em geral do assistido (CASSALES; SCHROEDER, 2012). Já os cuidadores informais são pessoas altruístas da rede de apoio, que não são profissionalmente capacitadas para exercer o cuidado, mas, apesar disso, são movidas pela responsabilidade e pelo devotamento (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

A Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) é o documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos, descrevendo as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro, a qual reconhece o cuidador através do código 5162-10, e descreve suas condições gerais de exercício da seguinte maneira:

O trabalho é exercido em domicílios ou instituições cuidadoras de crianças, jovens, adultos e idosos. As atividades são exercidas com alguma forma de supervisão, na condição de trabalho autônomo ou assalariado. Os horários de trabalho são varia dos: tempo integral, revezamento de turno ou períodos determinados. No caso de cuidadores de indivíduos com alteração de comportamento, estão sujeitos a lidar com situações de agressividade esta família não compreende - técnicos e auxiliares de enfermagem (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2022)

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, os cuidadores e assistentes pessoais exercem as seguintes atribuições:

Indivíduos que fornecem os serviços necessários para dar suporte a outros indivíduos nas suas atividades diárias e na manutenção do desempenho no trabalho, educação ou outra situação da vida, fornecidos por meio de recursos públicos ou privados, ou em base voluntária, como provedores de suporte para construção e manutenção de casas, assistentes pessoais, assistentes de transporte, ajuda paga, babá ou outros que prestam cuidado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020, p. 218)

Carolina Manzzi (2022) afirma que, com o aumento da expectativa de vida do brasileiro, o ofício de cuidador foi o que mais expandiu no decênio, passando de 5.263 para 34.051 cuidadores, sofrendo um acréscimo de 547% em conformidade com o estudo elaborado pelo Ministério do Trabalho e Previdência. Camarano, Fernandes e Silva (2023) informam que, em relação ao *Home Care*, o que se vê são vínculos trabalhista precários e uma ampliação de atividades do cuidado a pessoas idosas ou dependentes funcionalmente.

No tocante às peculiaridades para prover o cuidado, as famílias que vivenciam problemas socioeconômicos passam por contratempos decorrentes das despesas referentes ao cuidado e, ocasionalmente, ficam impossibilitadas de exercer suas atividades laborais, já que, em alguns casos, o ato de cuidar exige tempo integral. Ademais, manter um cuidador formal é dispendioso e pode ser insustentável para algumas famílias. Já a pré-disposição familiar em exercer o cuidado está relacionada ao seu histórico e vínculo afetivo pré-existente, além da realidade de possuir condições materiais para isso — essas questões são determinantes para o dispêndio de cuidados integrais, pontuais e para a negligência dessa função (LAMPERT; SCORTEGAGNA; GRZYBOVSKI, 2016).

Ressalta-se, ainda, que a assistência direta a uma pessoa enferma adulta, idosa, ou mesmo a uma criança, é fatigante. Apesar de o cuidado ser, por vezes, satisfatório, ele também apresenta seus efeitos deletérios (AREOSA *et al.*, 2014; NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019). Assim, lançar mão da competência emocional é essencial para o cuidador avaliar a realidade vivenciada pela pessoa enferma e lidar com suas demandas, já que se refere à capacidade de lidar com contratempos, situações estressantes e resolver problemas através dos meios acessíveis. Para isso, a capacidade cognitiva contempla as habilidades necessárias para prestar a assistência direta, no sentido de compreender como se faz, enquanto a competência

relacional é a habilidade de construir um vínculo e assegurar a sociabilidade (SANCHES; SANTOS; RADOVANOVIC, 2021).

Marcela Melo *et al.* (2022) afirmam que a dificuldade de adaptação às demandas de cuidado pode levar o cuidador a desenvolver quadros de sobrecarga, aumentando a vulnerabilidade a doenças como depressão, insônia etc. O cuidador, independentemente do tipo, tem que cuidar da sua própria saúde e ficar atento aos sinais de cansaço físico e psicológico, principalmente quando está assistindo usuários com quadro clínico mais complexo. Assim, a pessoa que se dedica à prestação de cuidados deve se atentar às suas próprias necessidades, solicitando ajuda quando preciso (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019).

Corroborando esse ponto, Alexandre Silva *et al.* (2018) evidenciam que o fato de ser o cuidador pode gerar uma sobrecarga, devido ao desgaste laboral. Nos resultados de sua revisão integrativa, os autores identificaram baixos níveis de escolaridade, destacando que fatores biopsicossociais, econômicos e histórico-culturais influenciam a atitude de cuidar, e concluíram que existe uma predominância de pessoas do sexo feminino nessa função. O ato de cuidar está culturalmente associado à figura feminina, relação imposta socialmente a partir de preceitos patriarcais. Como dado ilustrativo desse cenário, tem-se o estudo de Silvia V. C. Areosa *et al.* (2014), que contém uma amostra de doze cuidadoras, todas do sexo feminino, sendo 67% familiar, ou seja, esposas e filhas como maior representatividade entre as cuidadoras.

O papel de cuidadora de um membro da família que necessita de auxílio de terceiros geralmente tem sido atribuído às mulheres. Porém, esse *status* perante a sociedade não é valorizado e, muitas vezes, é entendido como obrigação natural. No que tange à execução desses cuidados em domicílio, é importante frisar que essa cuidadora, via de regra, é a cuidadora principal, eventualmente recebendo colaboração de outros membros da família, tomando para si a responsabilidade de prestar essa assistência fatigante, já que, historicamente, foi socializada para agir dessa forma (RENK; BUZQUIA; BORDINI, 2022). Notamos uma construção social da ética feminina mediante o ato de cuidar e o reflexo dessa socialização do homem a seguir:

Vários questionamentos podem ser suscitados por essa naturalização dos papéis masculinos e femininos relacionados ao cuidado. Por que se incentiva as meninas a brincarem de boneca — o que pode ser entendido como um

“treinamento” para uma futura maternidade — e ao menino isto é permitido? [...] Com as meninas é justamente que acontece: a tarefa de colocar um bebê de brinquedo para dormir, ou banhá-lo, é observada como uma preparação para seu futuro papel de mãe. Pensando nisto, é possível imaginar como, para alguns homens, o ato de cuidar e demonstrar carinho pode ser difícil. Afinal, se eles foram repreendidos severamente, até mesmo com punições físicas, por terem tentado expressar carinho e cuidado na sua infância, por que haveria de ser diferente agora que são pais? (LYRA *et al.*, 2008, p. 85).

Camarano, Fernandes e Silva (2023), diante da alta demanda por cuidados, fomentam a necessidade de formalizar, regular e treinar os cuidadores, o que nem sempre ocorre. Nas relações de trabalho prevalente ainda há sinais de precariedade, tanto nos serviços ofertados quanto nas formas de formalizar o vínculo trabalhista. Conforme Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (2023), o cuidado é um direito e uma necessidade de todas as pessoas ao longo da vida. Dados os fatos, o MDS coordena a elaboração da Política Nacional de Cuidados, que terá como missão garantir os direitos tanto das pessoas que necessitam cuidados quanto das que cuidam.

Jacqueline Pitanguy (2021) afirma que, em meio à pandemia de Covid-19, as mulheres, em especial, foram vítimas de violência velada e banalizada, referindo-se à quantidade de obrigações e atividades domésticas diárias atribuídas a elas, as quais incluem: cozinhar, limpar a casa, alimentar, cuidar de crianças, idosos ou pessoas enfermas, medicar, provocando desgaste físico e mental, de maneira a potencializar sua fragilidade.

No tocante à pandemia, o cuidado passou a ter outros fatores determinantes, como o medo de se contagiar, propagar e transmitir o vírus para os seus entes; as possíveis sequelas em caso de infecção e a possibilidade de morte pelo coronavírus, gerando aflição e vulnerabilidade emocional. Ademais, o distanciamento social também evidenciou solidão, medos e incertezas (SANTOS JÚNIOR; ROCHA, 2020) — lembrando que a realidade vivenciada no contexto intrafamiliar varia de acordo com idade, sexo, etnia e proventos de seus membros, sendo a família a base dos cuidados, do refúgio econômico e de outras fragilidades somadas aos agravos da Covid-19 (GANDRA, 2021).

Portanto, por ser uma tarefa árdua, Rocha, Vieira e Sena (2008) recomendam que a família auxilie o cuidador no desempenho de suas atividades, de forma que as tarefas sejam divididas, a fim de proporcionar um ambiente familiar satisfatório.

Ademais, Rezende Ferreira *et al.* (2021) esclarecem que o cuidado com o cuidador familiar reflete no cuidado do usuário, de maneira a melhorar a qualidade do grupo como um todo, focando na continuidade da prestação da assistência.

2.2.3 Cuidados paliativos no SUS e na Atenção Primária a Saúde

Segundo Radbruch (2020), cuidados paliativos são cuidados holísticos, ofertados a pessoas de todas as faixas etária que se encontram em sofrimento profundo relacionado a sua saúde, oriundo de enfermidade grave sem possibilidade de cura, particularmente aquelas que estão no final da vida, conforme segue.

Figura 6 - Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crônicas progressivas



Fonte: World Health Organization, 2007.

A abordagem paliativa não é apenas uma opção ao tratamento modificador da enfermidade de valor questionável no final da vida; em vez disso, os cuidados paliativos (CP) devem ser integrados à prevenção, ao diagnóstico extemporâneo e ao tratamento de problemas de saúde graves ou que limitam a vida em todos os níveis de qualquer sistema de saúde e, com isso, aprimorar a manutenção da assistência e fortalecer os sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A Resolução CIT/MS nº 41 de 31 de outubro de 2018 dispõe sobre as diretrizes dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e em seu artigo 2º conceitua:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da

prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (BRASIL, 2018)

Ainda essa normativa, em seu artigo 5º, afirma que os cuidados paliativos devem ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde. Ressaltamos aqui o inciso I e II, os quais se referem à Atenção Básica e à Atenção Domiciliar:

I – Atenção Básica: ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária; II – Atenção Domiciliar: as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal *locus* de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna. (BRASIL, 2018)

Os trabalhadores que laboram na Estratégia Saúde da Família (ESF) acompanham seus usuários em todas as demandas que conduzem um indivíduo a procurar atendimento em saúde. Nenhum outro serviço de saúde consegue prestar esse cuidado com tanta propriedade como a Atenção Primária em Saúde, exatamente porque se fundamenta na assistência humanizada e longitudinal e no estabelecimento de vínculo com os usuários e suas respectivas famílias (RIBEIRO; POLES, 2019).

Apesar disso, o papel da ESF na palição ainda é muito sucinto, resumindo-se a estratégias de retaguarda à família e alguns mecanismos para o bem-estar do usuário. Essa limitação porquanto, em muito, às insuficiências da abordagem dos cuidados paliativos na formação universitária de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, que não sabem exatamente como proceder quando possuem demandas por esse tipo de cuidado (RIBEIRO; POLES, 2019).

Os cuidados paliativos também buscam diminuir os resultados deletérios da miséria sobre os usuários e seus parentes e para defende-los de privações econômicas devido a enfermidade ou deficiência. Isto fomenta o engajamento das comunidades e dos membros da comunidade. Principalmente, a incorporação de cuidados paliativos nas políticas públicas de saúde é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apreender a percepção de cuidadores de usuários acamados assistidos pela Unidade de Saúde da Família USF) “Dr. Milton Kojo Chinen” - Vila Nasser frente aos desafios impostos pela pandemia de covid-19.

3.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) caracterizar o tipo de cuidador segundo vínculo com o usuário acamado;
- b) caracterizar o cuidador e usuário segundo aspectos sociodemográficos;
- c) descrever a condição de saúde dos usuários acamados e os recursos por eles utilizados;
- d) apreender o significado da vivência do cuidado durante e após a pandemia.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo e abrangência da pesquisa

Esta pesquisa se caracteriza como quanti-qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Desse modo, desenvolveu-se a coleta de dados primários e secundários, resultantes de informações constantes dos registros da unidade e de entrevistas com cuidadores de usuários atendidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinem, localizada na Rua Antônio de Moraes Ribeiro, nº 939, Vila Nasser, em Campo Grande – MS, no período de 6 de maio a 29 de novembro de 2022.

Compreende-se que existem aspectos relevantes, os quais nossa pesquisa buscou destacar, tais como: quais motivos levaram o(a) cuidador(a) a assumir a responsabilidade do cuidado; se existem outras pessoas envolvidas no cuidado dispensado ao usuário; quais são as características desses cuidadores; quais os desafios enfrentados pelos cuidadores de usuários acamados assistidos pela Unidade Básica de Saúde da Família e como a assistência ao usuário tem sido desenvolvida em meio a pandemia. Para responder a esses questionamentos, fez-se necessário este estudo de natureza qualitativa, a fim de compreender os fatos em sua totalidade.

O método que fundamentou a pesquisa foi o materialismo histórico dialético, na concepção marxista entre o singular-particular-universal, que é uma propriedade objetiva dos fenômenos (PASQUALINI; MARTINS, 2015).

4.2 Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Para a localização dos cuidadores e tipificação da condição de saúde dos usuários e dos recursos por eles utilizados, foram consultados os dados registrados, incluindo a relação dos usuários cadastrados na unidade — SESAU, em fevereiro 2022. Esses usuários acamados, restritos ao leito ou não, residem na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinen – Vila Nasser, a saber as áreas denominadas Marly, Vila Nasser, Vila Neusa, Santa Luzia, Vila Mooca e Recanto do Cerrado, e recebem dessa unidade insumos médico-hospitalares para o uso em domicílio. Por ocasião da coleta havia 17 usuários, conforme informação obtida na gerência da Unidade. Para o acesso aos prontuários

e desenvolvimento da pesquisa de campo junto aos participantes, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU), havendo entrega do Termo de Compromisso para utilização de informações de prontuários em projetos de pesquisa assinado (Apêndice A) e obtida a anuência da SESAU (Anexo A). Foram incluídos cuidadores de todos os usuários acamados/restritos ao leito, atendidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinen – Vila Nasser. Como critério de exclusão, tomou-se o fato de alguns cuidadores apresentarem dificuldade de se comunicar, tornando inviável a realização da entrevista semiestruturada.

Os participantes da pesquisa foram pessoas que se intitularam cuidadores únicos ou principais dos indivíduos acamados/restritos ao leito (dependentes de terceiros para realizarem suas atividades, incluindo aquelas básicas para sobrevivência) e que aceitaram compor o *corpus* analisado por livre e espontânea vontade, perante leitura e assinatura em duas vias (uma para o participante e outra para a pesquisadora) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice B).

4.3 Coleta dos dados

Após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo A) e o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, foi realizada reunião na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinen com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com a gerente da unidade para a explicação dos objetivos do estudo e a solicitação de colaboração, a fim de fosse feita uma mediação do primeiro contato com os usuários que recebem insumos e seus respectivos cuidadores. Dessa forma, os ACS efetuaram o agendamento prévio das visitas domiciliares, realizadas semanalmente, conforme sua programação de visita *in loco*, para que fosse feita a caracterização da condição de saúde, dos recursos utilizados e da entrevista semiestruturada (Apêndices C e D), de acordo com a conveniência do usuário e do cuidador, visando ao não comprometimento da assistência ao usuário.

As entrevistas semiestruturadas foram executadas de forma individualizada, conduzidas pela própria pesquisadora, gravadas com celular a partir do aplicativo *Smart Voice*. A estrutura da entrevista possui dois blocos: um de caracterização do

usuário e do cuidador, e outro bloco de cinco questões abertas. Ressaltamos que as entrevistas ocorreram no domicílio dos usuários, em ambiente que permitiu a preservação do anonimato do participante, sua privacidade e o sigilo das informações, além de prezar pela segurança, devido ao contexto da pandemia de Covid-19. Ressalta-se, ainda, que todas as recomendações dos protocolos de biossegurança foram seguidas, cuidado que se deu a fim de evitar qualquer tipo de risco à vida dos participantes da pesquisa, dos pesquisadores envolvidos e dos colaboradores.

Foram realizadas três entrevistas com os cuidadores como pré-teste, com o propósito de verificar se havia necessidade de adequar ou alterar as questões norteadoras para alcançar os objetivos da pesquisa, o que colabora para a análise a partir de uma clara organização, que envolve o conteúdo, o formato e a sequência das perguntas, entre outros aspectos (ANDRADE; PEGOLO, 2020, p. 122). Após o pré-teste, as três entrevistas iniciais entraram como elemento dos resultados da pesquisa, visto não ter havido ajustes.

As entrevistas foram encerradas com o aceite de participação voluntária de 15 cuidadores — do total de 17 cuidadores localizados, sendo que não foram incluídas 2 cuidadoras que verbalizam o desinteresse em colaborar com a pesquisa. A primeira, motivada por sua dinâmica intrafamiliar muito atarefada, e, a segunda, por estar vivenciando o processo de luto devido ao falecimento recente de sua genitora.

4.4 Organização e análise dos dados

Os dados primários foram transcritos após as entrevistas individuais e, para a organização dos conteúdos das entrevistas, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em identificar, em cada depoimento, as ideias centrais e as expressões-chave correspondentes. Após transcrição e identificação dessas figuras metodológicas em todas as entrevistas, a partir das noções de igualdade ou equivalência, foram agrupadas as expressões-chave correspondentes às mesmas ideias centrais, o que resulta no Discurso do Sujeito Coletivo.

Os DSC são depoimentos carregados de experiências e vivências coletivas, sendo opiniões individuais que, depois de passarem pelo crivo do pesquisador que, por intermédio das operações de abstração e conceituação, as transforma em produto coletivo, retornam à experiência para um “banho de realidade”. A resultante final de

uma pesquisa com o DSC permanece, contudo, um construto, um artefato, uma descrição sistemática da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico (que procura seguir as regras de produção de conhecimento científico, notadamente a transparência dos procedimentos e reprodutibilidade) (LEFÈVRE, 2017).

Para organização dos conteúdos foi utilizado o Instrumento de Análise de Discurso - IAD (Apêndice E). A transcrição dos depoimentos se deu de maneira que cada entrevista fosse analisada individualmente, a fim de identificar os trechos mais significativos, ou seja, as expressões-chave (EC), tendo por base os objetivos gerais e específicos/individuais do estudo. Em seguida, foi feita a identificação das ideias centrais (IC) para indicação de demais sentidos voltados ao depoente em relação à determinada questão proposta (LEFÈVRE, 2017). Em seguida, a categorização foi realizada, visando identificar nas entrevistas ideias centrais com sentidos semelhantes, dando-lhes um nome. A partir desse conteúdo, foi organizado o discurso do sujeito coletivo, que visa à reconstrução de determinado pensamento ou representação social, baseando-se em fragmentos de discursos individuais (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

Os discursos dos participantes entrevistados foram analisados de acordo com a lógica do materialismo histórico-dialético, no tocante às dimensões singular-particular-universal de Lukács (1967), em que a compreensão de tais relações é uma propriedade objetiva dos fenômenos (ROCHA, 2014).

Dessa forma, deter a realidade em suas conexões essenciais e básicas deve conduzir o objetivo de explicar a fusão entre singularidade, particularidade e universalidade, dimensões conceituadas por Pasqualini e Martins (2015):

O singular é parte de um todo. Esse todo, o universal, se cria e se realiza na interação das partes singulares. Essas partes não existem por si mesmas: elas se relacionam entre si e com o todo. Na dialética materialista, o enfoque sobre a relação entre o todo e suas partes demanda necessariamente a captação dos vínculos internos entre ambos, o que significa reconhecer que não só o todo contém as partes, mas, igualmente, a parte (singular) contém algo do todo (PASQUALINI; MARTINS, 2015)

Os dados foram organizados e apresentados de forma descritiva. Dessa maneira, considerou-se sua pertinência para a complementação de conteúdos referentes às implicações no cuidado em tempos de pandemia.

4.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa contemplou todos os requisitos legais e foi submetido para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, tendo recebido parecer favorável nº 5.247.103 e CAAE 51765121.8.0000.0021 (Anexo B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos cuidadores e usuários

Considerando-se as variáveis que caracterizam os usuários e cuidadores, os resultados encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos cuidadores e dos usuários segundo variáveis sociodemográficas (n=15)

Variáveis	Usuários (Nº)	Cuidadores (Nº)
Sexo		
- masculino	7	4
- feminino	8	11
Idade (em anos)		
- 06 a 17	1	-
- 18 a 39	2	5
- 40 a 65	5	8
- Acima de 65	7	2
Condição do usuário		
- acamado	10	-
- anda com limitação	3	-
- usuário de cadeira de rodas	2	-
Tempo de restrição ao leito (em anos) (n=10)		
- 0 a 2	4	-
- 3 a 5	2	-
- 6 a 15	3	-
- 16 anos e mais	1	-
Fonte de assistência		
- SUS	6	-
- SUS + convênio	6	-
- SUS + particular	3	-
Tipo de vínculo do cuidador		
- formal	-	3
- informal	-	12

No tocante aos cuidadores, verificou-se que quatro (26,7%) são do sexo masculino, e 11 (73,3%) do sexo feminino. Esses dados vão ao encontro de Teixeira *et al.* (2022) que, em seu estudo, também evidenciaram a predominância de cuidadores do sexo feminino, o que pode se explicar através da nossa cultura e do papel social delegado às mulheres (LEBREGO; CABRAL LOBATO; FIMA, 2018), conforme argumentado anteriormente. Referente à faixa etária, as idades do grupo de cuidadores variaram. Cinco participantes apresentam idades entre 18 e 39 anos (33,3%), acompanhados por oito participantes entre 40-65 anos (53,3%), e dois participantes acima de 65 anos (14%). Ou seja, entre os entrevistados, dois cuidadores eram idosos. Isso é reflexo do aumento da expectativa de vida e do envelhecimento da população em nível mundial (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A respeito das fontes de assistência à saúde, seis (40%) dos usuários utilizam somente o Sistema Único de Saúde (SUS), outros seis (40%) utilizam o SUS e convênios de saúde, e os três (20%) restantes utilizam o SUS e os estabelecimentos particulares. Se relacionarmos esses dados à dificuldade de acesso ao atendimento de profissionais da saúde de diferentes categorias, conforme vemos nas tabelas a seguir, teremos uma justificativa para nove (60%) dos usuários utilizarem outros serviços de saúde fora da rede pública. Nesse sentido, Fausto *et al.* (2022) expressam a necessidade de contratar profissionais de saúde no sentido de fortalecer o poder de resposta da Atenção Primária a Saúde.

Ainda há a questão da falta de recursos financeiros, que é o motivo principal, apresentado no estudo de Almeida (2018), para não haver contratação de um cuidador formal. Em relação aos participantes deste estudo, três (20%) são cuidadores formais e 12 (80%) são informais, prevalecendo os cuidadores familiares ou voluntários (ALMEIDA *et al.*, 2018).

5.2 Condições de saúde e recursos utilizados

As condições de saúde da população objeto da pesquisa apresentam particularidades sumarizadas na tabela 2.

Tabela 2 – Necessidades de insumos e serviços para usuários e recursos disponibilizados pela RAS durante a pandemia

Serviços/insumos	Necessidade			Disponibilidade		
	Sim	Não	Temporária	Sim domicílio	Sim Unidade	Não
Consulta médica	13	-	-	2/11 ^a	-	-
Fisioterapia	8	-	-	-	1/1 ^a	6
Cirurgia Vascular	1	-	-	-	-	1
Enfermeiro/ técnico de enfermagem	12	-	-	9/3 ^a	-	-
Visita ACS	13	-	-	1 ^a /12	-	-
Assistência psicológica	3	-	-	1	-	2
Fonoaudióloga	1	-	-	-	-	1
Ortopedista	1	-	-	-	1	-
Nutricionista	3	-	-	1	-	2
Vacinação	9	-	-	6	1	2
Home Care/ SAD	2	-	-	-	-	2
Coleta de material para exames	1	-	-	1	-	-
Realização curativo	1	-	-	1	-	-
Troca de Sonda	3	-	-	1	2	-
Medicamentos	11	-	-	3	5	3
Esparadrapo/ Fita Micropore	6	-	-	5	1	-
Faixa	1	-	-	1	-	-
Equipo para alimentação/ Frasco para alimentação	4	-	-	1	-	3
Gaze	4	-	-	4	-	-
Pomada	2	-	-	1	-	1
Luva	11	-	-	1 ^a /10	-	-
Máscara Descartável	6	-	-	3	3	-
Fralda	2	-	-	1	-	1
Sonda Vesical (Sonda de Folley) / Sonda enteral	6	-	-	5	1	-

Coletor	2	-	-	-	2	-
Bolsa colostomia	3	-	-	-	3	-
Soro fisiológico	1	-	-	1	-	-
Seringa	1	-	-	-	1	-
Oxigênio	2	-	-	2	-	-
Suplementação nutricional	2	-	-	-	-	2
Ambulância	1	-	-	-	-	1

Legenda: ^a – de forma irregular

Obs.: Entrevistado 4 – o médico é do SUS e a Fisio é particular e do SUS; entrevistado 2 – tem remédios recebidos pelo SUS e remédios que o SUS não fornece. Dependendo do quadro clínico do usuário, o convênio presta assistência em domicílio ou não.

Acerca da falta de disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Básica, esse fator foi mencionado por três entrevistados, conforme apresentado na tabela 2. O cuidador C.1 relata, em seu discurso, a falta de medicação:

“Medicamento não está tendo Losartana, não é? Não tem medicamento, a gente tem que comprar. Tem que comprar. Faz tempo que a gente está comprando medicação de pressão alta, tem que ir no médico para... Que nós toma para AVC, também é comprado mesmo”. (C.1)

Os cuidadores C.12 e C.14 também informam que, na unidade de saúde, não tem a medicação de que necessitam. Pontuamos que a referida medicação é distribuída em Farmácias Populares de forma gratuita, fazendo parte da lista de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil, indicado para o tratamento de hipertensão arterial; portanto, não se trata de uma medicação de alto custo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023b).

Em 11 de agosto de 2022 foi publicada a matéria intitulada “Hospitais e farmácias do Brasil registram falta de remédios”, sinalizando o desabastecimento nas farmácias pelo país, estando em falta várias medicações, entre elas antibióticos, antialérgicos e analgésicos, devido à falta de matéria-prima para a fabricação dos medicamentos no Brasil (BOM DIA BRASIL, 2022). Já em 20 de outubro de 2022, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Recomendação nº 30, na qual solicita que não haja cortes no orçamento do Programa Farmácia Popular em 2023, considerando a proposta do Governo Federal em reduzir o orçamento, haja vista sua importância para salvar vidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022c).

Bueno, Simões e Luz (2022) afirmam que o Sistema Único de Saúde auxilia 70% da população brasileira, e, atualmente, estamos vivenciando um contexto de redução orçamentária e fiscal, o que compromete a assistência farmacêutica do país.

Corroborando para essa questão, Carlo (2022) esclarece que houve cortes de 60% do orçamento destinado à Farmácia Popular do Brasil. Informa-se que, em 2023, houve o menor orçamento destinado pelo Governo Federal ao serviço nos últimos dez anos, ficando 20 milhões de pessoas sem acesso a remédios.

A caracterização dos usuários cujos cuidadores são objeto da pesquisa encontra-se descrita a seguir.

Tabela 3 – Perfil clínico dos usuários que recebem insumos na Unidade de Saúde da Vila Nasser em CG

Sexo	Idade	Características
Sexo masculino	62 anos	Hipertenso e sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC), e acamado há 6 anos; (C.1).
Sexo feminino	57 anos	Tem Fibromialgia, Osteoporose, Síndrome do Pânico, Imunossuprimida, Bipolar e outros transtornos mentais, não deambula e acamada há 12 anos (C.2).
Sexo masculino	88 anos	Sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e em 2016 foi diagnosticado Carcinoma de Bexiga em tratamento quimioterápico e permanece acamado há 10 anos (C.3).
Sexo masculino	58 anos	Tem diverticulite, Síndrome de Press, depressão, hemiplegia lado esquerdo e escara sacral (C.4).
Sexo feminino	99 anos	Diagnóstico de artrose há 19 anos e acamada desde dezembro de 2021 (C.5).

Sexo feminino	61 anos	Acometida por Alzheimer há 7 anos, um episódio de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) há 7 meses, traqueostomizada, em uso de oxigênio, acamada em Cuidados Paliativo (C.6)
Sexo feminino	69 anos	Sofre de Esclerodermia, enfisema pulmonar, fenômeno de Raynaud e em uso de oxigênio (C.7).
Sexo masculino	6 anos	Hidrocefalia, mielomeningocele, bexiga neurogênica, intestino neurogênico, episódios de convulsão e subluxação no quadril e em uso de órtese (C.8).
Sexo feminino	73 anos	Demência há 8 anos, teve 4 episódios de Acidente Vascular Cerebral (AVC), membros inferiores amputados, diabética, hipertensa, disfagia, faz uso de sonda vesical e marca passo, cadeirante e acamada (C.9).
Sexo masculino	64 anos	Traumatismo craniano há 14 anos, hidrocefalia, gengivite, tetraplégico em uso de sonda vesical e sonda enteral gástrica e acamado há 12 anos (C.10).
Sexo feminino	28 anos	Hipótese diagnóstica ao nascimento sífilis, toxoplasmose e rubéola, sofre de escoliose, atrofiamento de membro inferior e acamada (C.11).

Sexo feminino	89 anos	Diabética, hipertensa, tem alzheimer, disfagia, teve covid e acamada há 2 anos (C.12).
Sexo feminino	90 anos	Histórico de câncer de pele, hipertensa, deficiência visual, fratura de pelve e pessoa que usa cadeira de rodas há 5 anos (C. 13).
Sexo masculino	64 anos	Câncer ósseo, paralisia das pernas, acamado há 2 anos, em uso de sonda vesical e bolsa de colostomia (C.14).
Sexo masculino	33 anos	Pessoa que usa cadeira de rodas há 9 anos após acidente com motocicleta, em uso de colostomia e sonda vesical (C.15).

Os critérios de elegibilidade para a palição não são uniformes na literatura. Maciel (*et al.*, 2006) expressa que a ação paliativa tem como critério de inclusão a percepção de que, além do tratamento curativo, existem sintomas e desconfortos que envolvem a qualidade de vida do usuário e necessitam ser atendidos com competência e seriedade por uma equipe especializada.

Já Matsumoto (2012) esclarece que a abordagem paliativa não se baseia em protocolos, mas sim em princípios publicados pela OMS, que são: 1- promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; 2- afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; 3- não acelerar nem adiar a morte; 4- integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao usuário; 5- oferecer um sistema de suporte que possibilite o usuário viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte; 6-oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do usuário e a enfrentar o luto; 7- abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos usuários e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; 8-melhorar qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; 9- deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e radioterapia e incluir todas as

investigações necessárias para melhorar compreender e controlar situações clínicas estressantes.

E, ainda, Ana Claudia de Lima Quintana Arantes (2012) expressa que, conforme a definição da Organização Mundial de Saúde para CP, todos os usuários portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, precisariam obter a assistência paliativa desde o seu diagnóstico, porém o sistema de saúde não conseguiria atender a todos. A demanda de cuidados paliativos existe em todos os níveis de atendimento: primário, secundário e serviços especializados (BRASIL, 2023). Logo, todo e qualquer usuário, criança, adulto ou idoso, que apresenta doença crônica, degenerativa e/ou ameaçadora da vida é elegível para palição.

Mediante o quadro clínico dos 15 usuários citados anteriormente e os autores referenciados, podemos afirmar que a grande maioria pode ser considerada elegível para o cuidado paliativo. Assim, em teoria, essas pessoas deveriam estar sendo acompanhadas por uma equipe de profissionais de saúde especializada. Porém, somente um cuidador (C.6) verbalizou que o usuário está em cuidado paliativo via setor privado de saúde.

No que tange à fisioterapia no Sistema Único de Saúde, existe a dificuldade de acesso aos serviços de reabilitação física, pois é centralizado em ambulatórios, os quais não conseguem resolver os problemas de saúde do usuário, ficando, assim, comprometido o princípio da universalização e a integralidade do cuidado (APRIGIO *et al.*, 2021).

Como exposto na Tabela 1, entre os usuários existem 10 acamados restritos ao leito, o que significa que, para a reabilitação física ocorrer, eles precisam conseguir regular o agendamento de atendimento a domicílio, devido às limitações físicas e à ausência de transporte, pois este só é viável por meio de ambulância.

5.3 O cuidado e a assistência

Considerando os aspectos qualitativos da pesquisa, referentes às percepções do cuidador tanto sobre o cuidado por ele dispensado quanto pela oferta da assistência disponibilizada para o usuário, foram identificados os eixos temáticos e

ideias centrais geradores dos discursos dos sujeitos coletivos, apresentadas na figura 7.

Figura 7 – Eixos temáticos e ideias centrais

Eixo temático	Ideias centrais
Cuidado formal	Satisfação e empatia
Cuidado familiar – aspectos positivos	Cuidado como demonstração de afeto
	Cuidado como missão e aprendizagem
Cuidado familiar – aspectos negativos	Desgaste físico e mental
	Cuidado como obrigação e geração de problemas econômicos
Assistência domiciliar no cuidado	A importância do ACS no monitoramento da população
	Aspectos do acesso a serviços e a promoção da humanização
	Problemas na assistência domiciliar
Ser cuidador durante e após a pandemia	Necessidade na intensificação de cuidados
	Falta de assistência

5.3.1 Cuidado formal

5.3.1.1 Satisfação e empatia

“Cuidar é cansativo. Dá trabalho. Muito trabalho, tá? Trabalhoso, mas é muito gratificante, por você estar cuidando de alguém, entendeu? É cansativo, mas também é compensatório. Esses cuidados são muito importantes para mim, porque além de você cuidar do próximo, você tem o seu salário. Você sabe que é serviço, mas você se apega muito, você deixa de ver como um serviço que veio fazer. Começa a pegar um sentimento pela pessoa. A gente se apega muito a pessoa. Então, quando eu vou junto fazer os exames, já quero chorar junto com ele. Cada vez que chega lá, já fico mal também com ele. Às vezes, alguma coisa que o médico fala, que deixa de falar para ele, eu me sinto mal. É, eu acho que não era a situação, me apegar a uma pessoa que é um paciente. É só um serviço, não é? E eu acabei me apegando a ele. Mas é

gostoso, eu gosto de trabalhar com ele. Eu acho que, para mim, está tudo bem, no meu profissional, é o meu trabalho. Estou satisfeita. E o bom mesmo é quando você cuida e vê resultado de melhoras, vê o paciente reagindo bem (...) Fazer o que puder por ele, dar o seu melhor, e apresentar o esforço da melhor qualidade possível, é assim que eu vejo” (C2, C3, C6).

O discurso do cuidador formal informa que empregar sua força de trabalho tem sido uma atividade cansativa, pois lhe exige muito empenho. Apesar da situação, ele afirma ser compensatório, já que possui o seu salário e sente satisfação pessoal em cuidar do próximo.

Considerando-se o discurso, faz-se necessário conceituar burgueses e proletários. Segundo Marx e Engels (2008), burguesia é a classe capitalista, detentora dos meios de produção e da mão de obra assalariada. Já o proletariado diz respeito aos trabalhadores assalariados, que vendem sua força de trabalho. É importante ressaltar a produção de bens, que transcorre mediante o processo de trabalho, o qual compreende:

a) os meios de trabalho — tudo aquilo que se vale o homem para trabalhar (instrumentos, ferramentas, instalações etc.), bem como a terra, que é um meio universal de trabalho; b) os objetos do trabalho — tudo aquilo (matérias naturais brutas ou matérias naturais já modificadas pela ação do trabalho) sobre que incide o trabalho humano; c) a força do trabalho — trata-se da energia humana que, no processo de trabalho, é utilizada para valendo-se dos meios de trabalho, transformar os objetivos do trabalho em bens úteis à satisfação de necessidades. (NETTO; BRAZ, 2009, p.58).

A história do capitalismo, sob o prisma da totalidade, demonstra elementos distintos desse sistema de relações econômicas e modo de produção, sendo a utilização da força do trabalho o que ordena os meios de produção da sociedade contemporânea. Na visão marxista, o proletário não negocia seu trabalho com o sistema, pois ele é obrigado a vender sua força de trabalho para o burguês. Em outras palavras, por não ter outra forma de suprir suas necessidades, o proletário é obrigado a dispor da sua capacidade de trabalho, sendo sua força de trabalho uma mercadoria portadora de valor, que não se trata somente do salário (BARRETO; MENDES, 2023).

Segundo Netto e Braz (2009), o valor da mercadoria constitui a quantidade média de trabalho exigida para a produção. Tal valor é quantificado a partir do processo de troca entre mercadorias. Nesse sentido, conforme Marx e Engels (2008), o trabalho assalariado é o valor atribuído à atividade do operário para que este garanta

os meios de subsistência necessários para sobreviver. Por esse viés, o cuidador formal emprega sua força de trabalho e recebe seu salário, que é sua recompensa no caso em tela.

Também se destaca a empatia de quem criou um vínculo com a pessoa sob seus cuidados. Corroborando essa noção, Silva, Freitas e Oliveira (2022) sinalizam que prestar assistência direta demanda, aos cuidadores, empatia. Isso permite a criação de um vínculo que favorece a comunicação entre o cuidador e o que recebe o cuidado. Nesse sentido, Lindblom, Ytterberg e Flink (2020) apresentam, em seu estudo, que, em um processo de transição de cuidados, existe a necessidade de maior envolvimento de usuários e profissionais que prestam a assistência. Esse é um fator determinante na continuidade e na qualidade da assistência prestada. Ademais, a satisfação profissional, também referida, é um aspecto complementar à empatia. Carmo, Peduzzi e Tronchin (2022) explicam que o cuidador formal percebe os resultados positivos conquistados pelo empenho de sua força de trabalho, e que isso satisfaz seus princípios enquanto profissional de saúde.

5.3.2 Cuidado familiar – aspectos positivos

5.3.2.1 Cuidado como demonstração de afeto

“Bom, é uma forma de gratidão, o que ela fez por mim, hoje eu estou retribuindo. E eu acho, assim, que eu ainda faço pouco. Eu acho que eu deveria fazer mais, cuidar, dar amor, carinho também, não é? É mais. O principal é o amor e o carinho. Porque não adianta nada. Só ir lá trocar, passar as coisas para ele, não conversar com ele, não explicar as coisas para ele. Ele gosta que conversa, ele começa a rir, dá risada... Eu tenho que fazer tudo. Não posso ficar, assim, lá, só passar a hora que ele quer, não. A gente conversa com ele, dá amor e carinho que ele precisa. A gente tem um amor muito grande pela minha mãe. Nós cuidamos dela com bastante carinho, bastante amor. Da mesma forma que ela cuidou da gente. A gente faz por carinho, por amor, né?” (C1, C9, C12).

A família contemporânea não é mais baseada nos laços sanguíneos nem no modelo burguês em que o genitor era o provedor e ditador das regras a uma esposa

submissa. Atualmente, o vínculo afetivo é o que justifica a união e a convivência entre seus integrantes, membros estes oriundos de uniões livres (homo e heteroafetivas), separações e novas combinações e arranjos, sendo a afetividade cada vez mais relevante nas relações intrafamiliares brasileiras, inclusive no campo do direito de família (CALDERÓN, 2013). Nesse sentido, Teodoro define afetividade como “um conjunto de emoções positivas existentes no relacionamento interpessoal” (2006, p. 387).

Assim, para Ferrigno (2011), é na convivência familiar que acontece as interações significativas entre as gerações e o fortalecimento dos vínculos afetivos. Porém, em muitas famílias ainda predomina uma aproximação superficial, isto é, pessoas que dividem o mesmo ambiente e são indiferentes afetivamente falando.

A dimensão da afetividade, apresentada no discurso, vem atrelada a uma construção do sentimento moderno familiar, cheia de gratidão por parte das filhas e de desejo de retribuição do cuidado dispensado pela genitora ao longo da vida (ARIÉS, 2011). Dessa maneira, essa dimensão afetiva relacional é resultado da interação entre a esposa e o seu companheiro enfermo, discurso que apresenta subjetividades na preocupação de cuidar. O amor, a atenção e o carinho são as formas de demonstrar o envolvimento com a assistência prestada pela esposa cuidadora (SOUSA; SILVA, 2013).

5.3.2.2 Cuidado como missão e aprendizagem

“Eu vejo como missão. Eu não vejo, assim, como obrigação. [...] Eu vejo que, se Deus o colocou na nossa vida, é porque conhece as nossas forças, né? Então eu me sinto até abençoada por Deus de poder dar, e de cuidar dele e da mãe. Porque tem muita gente que tem condição, não é condição só física, é financeira, e não cuida. [...] Para eu conseguir, foi uma experiência grande. Mas, para mim, foi bom, porque eu aprendi muito com ela. Muita coisa na minha vida, Deus mudou através dela, sabe? Até a paciência. [...] A missão que eu tenho que fazer ali, e fazer bem-feito, porque não adianta também você fazer com má vontade ou com... porque tem que fazer. A gente está aí. [...] Não reclamo. Para mim, tudo, só acrescentou. Eu não mudaria nada. [...] No começo é muito difícil. A gente não tinha conhecimento de nada, não sabia trocar uma fralda, não sabia de várias coisas. Foram várias internações. A gente foi

aprendendo com a equipe de enfermagem, como fazer, como não fazer, né? Estamos aprendendo, estou aprendendo até hoje.” (C5, C7, C8, C10, C11, C12, C13, C14).

O cuidar como missão é um tema relevante nesse DSC. Sob esse viés, Monteiro, Pedroza e Guimarães (2022) concluíram que o ato de cuidar, em alguns dos seus entrevistados, é motivado por suas crenças, pela imposição social e familiar e pelo modo de vida, corroborando os nossos achados. Nesse sentido, segundo Peter Berger e Thomas Luckmann, o indivíduo é resultado das suas vivências em sociedade, as quais são produto humano e têm uma realidade objetiva (BERGER; LUCKMANN apud FERRIGNO, 2011). Já Santos e Hammerschmidt (2012), ao proporem uma reflexão sobre a condição humana a partir de Morin (2012), afirmam que o ser humano tem capacidade de aprender a fim de conquistar seus objetivos, sua emancipação.

Ainda nesse contexto, compreende-se que o cuidador utiliza do conhecimento dos profissionais da enfermagem para o aprimoramento de sua técnica. Dessa forma, conquista sua emancipação enquanto profissional formal, que tem o papel de zelar pela saúde do usuário, realizando a assistência da melhor forma possível ao assistido.

O debate sobre a profissão do cuidador ainda é incipiente no contexto brasileiro. O instituto de Pesquisa Data Senado (2019), em pesquisa para uma Política Nacional do Cuidado, levantou as informações através de grupos focais que apontam que os cuidadores (formais e informais) têm a percepção de que iniciam a assistência sem capacidade técnica nem embasamento teórico para tal, mas a prática a nível profissional fomenta a busca por profissionalização.

Enid Rocha e Valéria Rezende (2023) expressam que uma política pública de cuidado, enquanto direito reconhecido do cidadão, deve contemplar as dimensões social, política, econômica, cultural e jurídica, desta forma, favorecendo o acesso a bens e serviços de cuidados. No mesmo sentido, Fontoura (2023) ressalta que cuidar faz parte da experiência humana, principalmente porque algumas pessoas dependem de outras para assisti-las, de modo que, no cenário pandêmico, a relevância do cuidado sobressaiu ainda mais — de um dia para o outro, famílias que podiam contar com a terceirização do cuidado viram-se obrigadas a prestar assistência a seus entes dependentes em período integral.

5.3.3 Cuidado familiar – aspectos negativos

“Você vê, quando você cuida de uma criança, dá trabalho, mas você sabe que a criança vai ficar independente. Agora, o idoso não. [...] E cada dia é um susto, cada dia um esforço maior, um trabalho. [...] E eu já não estou aguentando mais, porque a minha rotina com ela vai até quase meia-noite. Hoje eu estou acordada desde às 4h15min da manhã, porque a primeira dieta é às 6h. Eu já tenho que tirar sinais vitais, trocar fralda, deixar para fazer a higiene bucal, para, quando colocar a dieta, ela estar arrumadinha, mudar de posição, decúbito, tudo isso. O meu receio hoje é eu estar muito cansada, ela cuspir e eu não escutar, e ela engasgar e... não voltar, entendeu? [...] Existe todo um desgaste emocional, o tempo, a dedicação que envolve, é cansativo. Por mais que às vezes não seja cansativo fisicamente, mas, mentalmente, é bastante exaustivo. Apesar de eu ter me anulado, porque hoje eu vivo em função dela, né? [...] Eu também estou doente, tenho uma hérnia. Eu tenho de ficar com ela, lembrando do remédio, lembrando que tem que comer certo horário. Essa é a parte cansativa. [...]” (C1, C5, C7, C9, C12).

A Ideia Central de desgaste é elucidada por Oliveira W. S. *et al.* (2022), que afirmam que, ao exercer a função de cuidador, existe a possibilidade do ônus de desgastes físicos, psicológicos, psicossomáticos, sociais e econômicos, os quais afetam a vida do prestador como um todo. Destacam, ainda, a sobrecarga de exercer a assistência direta à pessoa acamada e que não possui bom prognóstico. Em virtude desse cenário, Conceição *et al.* (2021) concluem que, quanto maior for a dependência do assistido, maior será a sobrecarga do cuidador, já que isso determina a quantidade de tempo a ser empregado no cuidado.

Assim, tem-se, no Brasil, alguns fatores determinantes que causam a sobrecarga da atividade de cuidar, tais como: a complexidade do quadro clínico do usuário e o nível de sua dependência para realizar as Atividades Básicas de Vida Diária; residir no mesmo local que o assistido e/ou ter laços conjugais com o mesmo; ter rede social de apoio fragilizada; ter situação socioeconômica comprometida ou ser provedor de alguém; ter baixo grau de instrução, além da quantia de incumbências assumidas (ARIES *et al.*, 2020). Também é importante ressaltar que, entre as cuidadoras, existe pessoas idosas, que apresentam dificuldades em exercer a função do cuidado, inclusive por não terem a devida capacitação para tal. É crucial o preparo

adequado para cuidar de seu familiar com segurança, já que falta de conhecimento também pode gerar sobrecarga para o idoso cuidador informal (SANTOS *et al.*, 2022).

A falta de autocuidado mencionada no DSC configura-se como uma questão a ser resolvida, já que, em sua dinâmica cheia de incumbências, faz com que suas necessidades próprias sempre fiquem negligenciadas (COUTO, CASTRO, CALDAS, 2016). A ausência de colaboradores para dividir as atribuições do cuidado também faz com que o autocuidado seja esquecido. Ser o cuidador principal pode tomar todo o tempo de uma pessoa, a depender as condições de manejo do assistido. Magno, Augusto da Silva e Marcolan (2021) verificaram que não existe uma estratégia de atendimento do cuidador no âmbito da saúde, de modo que ele fica excluído dos atendimentos. Quando ele adoece, o sistema não atende suas demandas de forma que facilite sua rotina de cuidados.

Sendo assim, o adoecimento do cuidador compromete a assistência prestada ao usuário, principalmente quando se trata de enfermidade de cunho psíquico. Em alguns casos, o cuidador principal é a única pessoa disposta e/ou disponível a assumir as atribuições do cuidado. Dados os fatos, esse público necessita receber atendimento da Equipe de Saúde da Família *in loco*, o que é viável de se realizar no mesmo dia em que for efetuada a visita de rotina do usuário, a fim de apresentar respostas às demandas de saúde do cuidador e do usuário, favorecendo a rotina da família e o autocuidado.

5.3.3.2 Cuidado como obrigação e geração de problemas econômicos

“Aí... fazer o que né? Tem que cuidar. Mas, é uma coisa que a gente não tem o que fazer... não é uma opção! É uma necessidade que a gente não tem como arcar com custos E, como ele está fazendo os tratamentos fora, hoje eu gostaria de alguém só pra levá-lo e buscá-lo. Porque ele depende do meu esposo. Para o meu esposo levá-lo, ele está tirando hora do trabalho dele, e, com isso, está faltando dinheiro em casa, porque ele é vendedor; se ele não vai, ele não vende. Se ele não oferecer, ele não vende. Se ele não vender, ele não tem dinheiro. Então, hoje, assim, eu reconheço, está faltando em casa pelo que ele está fazendo para atender meu pai. E hoje são três vezes na semana que ele tem que parar. Ele tem que sair daqui 7h e pouca, sendo que poderia estar saindo 7 horas para estar no primeiro cliente, bater ponto no

primeiro cliente... não pode, porque terça, quarta e quinta ele tem que sair daqui direto, levá-lo nos tratamentos. E parar o que ele está fazendo na hora que acaba o tratamento. Entende? Porque eu não posso, eu trabalho na escola, trabalho a manhã inteira, a tarde inteira... arrumei outra escola para dar conta da renda.” (C4, C7, C14, C15).

Enid Rocha e Valéria Rezende (2023) afirmam que todas as pessoas necessitam de cuidados que mudam e se ajustam às circunstâncias individuais e socioeconômicas, e também às diferentes etapas da vida. Já Ana Amélia Camarano e Daniele Fernandes (2023) esclarecem que a configuração socioeconômica de uma família pode resultar em mudanças nas condições de vida das pessoas e em cada um deles, de modo que a composição familiar é importante, e sua faixa etária pode inferir no nível de apoio social que tem à sua disposição.

Arruda *et al.* (2022) citam que a situação de vulnerabilidade social de cuidadores informais, em vários casos, advém de renda insuficiente e baixo grau de instrução, o que inviabiliza a contratação de um profissional. Diante dos fatos, os cuidadores assumem as tarefas de cuidado e largam suas atividades laborais, mantendo suas necessidades básicas com a renda do assistido. Sob essa perspectiva, Menezes *et al.* (2018) informam que os acompanhantes de usuários não são amparados pela Previdência Social.

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, preconiza o direito do idoso ao acompanhante em seu Art. 16, porém não existe benefício previdenciário ou assistencial que ampare um cuidador informal. Esse fator pode prejudicar o cenário, pois, quando os vínculos afetivos estão esgarçados por situações de negligência e/ou violência, o contexto intrafamiliar fica mais complexo e a disposição de realizar sacrifícios financeiros em prol do enfermo fica comprometida. Além disso, Menezes e Andrade (2022) afirmam que, entre as condições sociais que podem causar dor social, estão: a falta de dinheiro para manter o autocuidado ou prestar os cuidados a terceiros e o pequeno número de familiares que contribuem com o ato de cuidar de quem necessita de assistência.

Na análise de Camarano e Fernandes (2023), a diminuição de oportunidades econômicas aos jovens nas últimas duas décadas fomentou a mudança no papel do idoso na participação de seus rendimentos nos orçamentos familiares, devido ao acréscimo dos beneficiários na Previdência Social. Tal qual a Portaria Conjunta

MDS/INSS nº 3 de 2018, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), não contributivo, que integra a proteção social básica e é operacionalizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Ela tem por objetivo proteger as pessoas idosas e as pessoas com deficiência em face de vulnerabilidades agravadas pela insuficiência de renda (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME, 2018).

Camarano, Fernandes e Silva (2023) afirmam que há vezes em que as redes familiares têm capacidade de prestar o devido cuidado ao seu ente e absorver novas responsabilidades, mas há casos em que a família precisa redistribuir suas funções, o que afeta sua dinâmica e relações intrafamiliares e a renda.

5.3.4 A assistência domiciliar no cuidado

5.3.4.1 Importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no monitoramento da população

“No começo, foi difícil, até a gente entender todo o processo de como funcionava unidade básica, levar documentação, ter que voltar... Quando a mamãe ficou acamada, que voltou do hospital com a gastro, a menina, a agente comunitária de saúde que me falou: ‘o SUS dá esses equipamentos’. Eu não sabia até então. Aí ela falou assim: ‘eu vou marcar, vou trazer enfermeira aqui, que ela tem que vir, tem que fazer o laudo, ver a necessidade de que que sua mãe vai precisar...’. E foi feito, demorou uns... acho que demorou um pouquinho, três meses, para começar a vir o material. Depois, foi melhorando, a ponto de a agente de saúde vir no meu portão entregar pomada... Não precisar ir lá buscar, ela estava aqui e trouxe. Hoje é mais fácil pra marcar um médico... ele foi em um dia de encaixe, a agente de saúde marcou. Então, assim, ela já conhece, então ela nos auxilia. Tipo, hoje, é mais tranquilo quando eu preciso. Quem faz todo o meio de campo para a gente é a ACS. Ela vem, ela pergunta, ela faz. Ela faz o monitoramento da minha mãe. Semanalmente, ela vem aqui, às vezes, duas vezes por semana, para saber como é que a mãe está. Só que ela não pode fazer muito também. Ela vem, anota, e tenta passar para a médica. Tenta passar para alguém. Um suporte, foi o que eu te falei. O suporte real que a gente tem

é da ACS. Só dela. O real, que é permanente, tanto fisicamente como por telefone. Olha, eu estou super satisfeita com atendimento do posto, dessa menina. É muito atenciosa, ela é muito atenciosa mesmo, sabe? Ela manda mensagem, ela participa mesmo dos cuidados da minha mãe. Agente de saúde, né, que fala. É, então, assim, eu não tenho o que reclamar do posto, de verdade”.

O discurso ressalta o Agente Comunitário de Saúde como integrante das equipes de saúde, que apoia sua equipe, acolhendo e monitorando a situação de saúde dos usuários e apresentando respostas eficientes às demandas individuais, no contexto pandêmico que trouxe uma nova dinâmica social: a do distanciamento e isolamento domiciliar. Em 20 de janeiro de 2023, através da Lei 14.536, ele foi reconhecido como profissional de saúde, conforme segue no Art. 2º-A: “Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias são considerados profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para fins do disposto na alínea ‘c’ do inciso XVI do caput do art. 37 da Constituição Federal.” (BRASIL, 2023, p.1).

Para poder exercer a função de “Agente Comunitário de Saúde” e de “Agente de Combate às Endemias”, um dos requisitos é ter concluído o ensino médio, conforme a Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006. Outra premissa importante é residir na área da comunidade, visando a que o profissional tenha familiaridade com o território em que vai atuar (BRASIL, 2006a, p.1).

Segundo a Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, são atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS): trabalhar com o acréscimo de indivíduos e família em base geográfica definida a cadastrar todas as pessoas de sua área; utilizar instrumentos para a coleta de informações que se apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, podendo ainda ser consideradas atividades realizadas em caráter excepcional como aferir a pressão arterial e efetuar a medição da glicemia capilar; realizar técnicas limpas de curativo; indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe e exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017a, p. 68).

Nessa normativa há uma ampliação das atribuições do ACS, evidenciando insuficiência de formação para o cargo sócio-ocupacional, o que coloca o referido profissional em uma situação delicada, já que ele não tem formação que lhe ampare legalmente para desenvolver atribuições tão específicas. Nesse sentido, faz-se necessário a inserção de outras categorias nas equipes multiprofissionais mínimas já compostas, para somar às ações desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), que tem um papel fundamental na Estratégia Saúde da Família no que concerne ao apoio às equipes de saúde, não na substituição de profissionais, mas sim na manutenção do vínculo com as famílias da área de abrangência da unidade.

Um bom exemplo da necessidade dessa inserção é o profissional de Serviço Social, tendo sido possível verificar, ao analisar todas as entrevistas realizadas, que nenhum dos entrevistados mencionou a visita *in loco* do assistente social ao se referirem às visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da mencionada unidade de saúde, foco deste estudo, mesmo estando em um contexto cheio de questões sociais em função da pandemia.

Apesar da Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, de reconhecer como profissional de saúde de nível superior, entre outras categorias, o Assistente Social (BRASIL, 1997), a Política Nacional de Atenção Básica, promulgada em 2017, não prevê que o assistente social seja membro integrante da equipe de Saúde da Família; somente preconiza a possibilidade de ser componente da Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). É importante ressaltar que a Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinem – Vila Nasser conta com o apoio de uma assistente social, o que é um diferencial do município de Campo Grande (MS).

5.3.4.2 Aspectos do acesso a serviços e a promoção da humanização

“Todas as vezes que o pessoal veio aqui, e foi bastante atenção que deram para ele, e todas as vezes que fomos lá, que precisou dar uma vacina, foi maravilhoso. Atenderam ele no carro, no carro mesmo, para não ter que tirar ele do carro, levar ele lá dentro. Pessoal foi maravilhoso. Para mim, todas as vezes que eu precisei, eu fui

bem atendida. Não tenho que questionar, que reclamar, porque sempre fui bem assistida” (C10, C12, C14).

Em 2003 foi promulgada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), que se apresenta como diretriz política transversal, a qual conduz-se a partir de orientações clínicas, éticas e políticas em modos de operar diferentes sujeitos e equipamentos da rede de saúde (RAMOS *et al.*, 2021).

Entre os conceitos que norteiam o trabalho da PNH está o acolhimento: acolher é assumir o que o outro traz como verdadeira e singular necessidade de saúde, fazendo uma escuta qualificada a fim de identificar as demandas do usuário e mediar o acesso oportuno desses usuários a tecnologias corretas às suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No que tange à Atenção Básica, entre outros parâmetros específicos por nível de atenção, estão estabelecer formas de acolhimento e inclusão que promovam a otimização dos serviços e o engajamento com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Momento em que muitas pessoas estavam procurando a unidade por demanda espontânea, com sintomas respiratórios, necessitando avaliação de seu quadro clínico, realização de exames e acompanhamento por Covid-19, mas também por outros motivos, tais como gestação, doenças crônicas etc. Por fim, foi um período em que a equipe de saúde também estava desfalcada, por ter seus colegas infectados pelo coronavírus, lidando com a necessidade do isolamento social em alguns momentos de forma mais intensa que outros. É acerca desse contexto caótico pandêmico que este estudo trata.

O processo de implantação de medidas de segurança pelo Ministério da Saúde foi uma estratégia de cuidado humanizado, visando à redução do número de casos, morbidades e mortalidades decorrentes da Covid-19. Logo, medidas foram estabelecidas quanto ao contato entre usuário e profissional (antes da chegada ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera e durante toda assistência prestada). Através de Nota Técnica (nº 4/2020), a ANVISA estabeleceu orientações mínimas para o manejo do usuário nos diferentes serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

A Atenção Primária à Saúde, que é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, baseando-se nos relatos que compõem o DSC, conclui que a estratégia de acolhimento, por meio de ausculta qualificada, contribuiu para o atendimento resolutivo dessas pessoas, apesar do volume de demandas trazidas pela pandemia por Covid-19, o que modificou completamente o dia a dia dos profissionais de saúde dentro e fora do seu campo sócio-ocupacional.

5.3.4.3 Problemas na efetivação da assistência domiciliar

“A antiga enfermeira pegou no começo de 2021 até uns quatro meses atrás. Ela era um pouco mais presente por telefone, porque ela falou que era muito corrido. Aí ela saiu do posto. A gente nem conhece a enfermeira nova (risos). Então, a gente sabe que é corrido ali. Esse posto de saúde tem uma infraestrutura muito grande. Eu acho que ele não consegue, não dá conta. Tive visita na pandemia também. Veio até médico para fazer a visita para ele. Mas, nesse período não. Então, quando tem médico, a gente vai lá e dá umas cutucadas, assim, aí ela vem. A gente conseguiu... conseguimos fazer, até estava vindo uma fisioterapeuta. Parou. Parou tudo. Vinha aqui, eles ali do posto, eles conseguiram para fisioterapeuta, fono e psicólogo. Vinha tudinho, aí eles pararam tudinho antes da pandemia. Daí falaram que ia entrar de férias. Nunca mais foram. Iam retornar. Aí teve a pandemia, aí não retornaram mesmo. A última que veio foi a dentista. Viu tudinho, fez avaliação, mas a doutora veio uma vez só. E é uma médica para toda a região, então não é aquele atendimento, assim, um segmento perfeito. Dá aquela interrompida de dias, semanas. No entanto, ela está aguardando o retorno da médica com exame e ainda não liberou visita. A médica veio desde quando a mãe começou a fazer acompanhamento, ela veio uma ou duas vezes, no máximo. Todo esse um ano e pouco que a mãe já está sendo assistida domiciliar, ela veio uma ou duas vezes só. É, acaba recebendo quando eles ligam e vem, porque é Saúde da Família. Médico vem com o agente comunitário, mas é muito raro. Só ligam ‘ah, precisa ir aí para alguma coisa?’, caso contrário, a gente vai lá, entendeu? Porque não tem médico, é o que eu digo para você. O problema não é nem da gente não querer... Não é querer falar mal, mas nunca tem médico suficiente. A gente vai lá e pede para ‘ah, não dá para trazer?’, mas não dá para trazer. Porque ele tem... Poder, a gente até podia fazer o sacrifício de tirar e levar, mas é um direito de receber aqui.

Então, é assim, bem esporádico. Que eu te falei, teve uma consulta este ano, em casa, do médico. (C1, C3, C4, C5, C7, C8, C9)

O discurso traz a desconstrução de vínculo entre os profissionais de saúde, usuário e seus entes. A Portaria nº 454, de 20 de março de 2020, declarou, em todo território nacional, o estado de transmissão comunitária do Covid-19. Em seu art.4º, recomendou que as pessoas com mais de 60 anos restringissem seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando aglomerado de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a). O depoimento evidencia um comprometimento do atendimento aos usuários também na assistência domiciliar.

Logo, observou-se que falta de profissionais de saúde e o revezamento constante de pessoal prejudicam a manutenção de vínculo entre a equipe de saúde e seus familiares, bem como a continuidade da assistência prestada ao usuário com qualidade (CASACIO *et al.*, 2022). Para Bitencourt e Andrade (2021), é possível afirmar que, com a advinda da pandemia da Covid-19, houve uma intensificação na jornada dos trabalhadores, já que aumentou a procura por atendimento em saúde.

Na revisão integrativa, Pinheiro da Silva *et al.* (2022) identificam alguns dos motivos da alta rotatividade dos profissionais de enfermagem e outras categorias atuantes na Atenção Básica. Entre eles estão: baixa remuneração salarial, escassez de recursos humanos, falta de recursos materiais para assistência, excesso de demanda, falhas no funcionamento da rede de atenção do SUS, sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas, risco de violência física, desgaste emocional, riscos ocupacionais do tipo físico, químico, biológico, ergonômico e psicossocial etc. Já Bitencourt e Andrade (2021) relatam que um bom exemplo da precarização das relações laborais na área da saúde e suas condições são: os profissionais de enfermagem, a falta de estrutura nos campos sócio ocupacionais, os baixos salários, leva-o a procurar e permanecer em mais de um emprego. Há, também, dificuldade para conseguir a implementação do seu piso a nível nacional. Apesar de a Lei 14.434 ter sido sancionada (BRASIL, 2022), os profissionais da saúde têm enfrentado grandes entraves junto ao poder público e privado para garantir seu pagamento.

5.3.5 Ser cuidador durante e após a pandemia

5.3.5.1 Necessidade de intensificação de cuidados

“Mudou, aí tem o álcool. Aí, quando a gente vai para rua, tem os cuidados da máscara, quando ela tem dentista, a gente carrega álcool, carrega a máscara... redobrou o cuidado. E como eu posso te dizer? É mais cansativo. Porque, quando você sai com ela, é como sair com uma criança, você tem que levar o álcool, você tem que levar garrafa d'água. Ficou mais cansativo ainda. Hoje em dia, eu, se chegar na casa, tenho que lavar as mãos primeiro para conversar com a pessoa. Isso não existia. Hoje não. Eu chego, primeira coisa que eu tenho que lavar é a mão. Para depois chegar no quarto. Ah, então essa parte da Covid foi, bem, vamos dizer. O pessoal foi bem profissional. E sabendo dos riscos, chegando sempre, como se diz? Com equipamentos todinho, e mantendo o distanciamento, foi assim a parte da Covid. Mudou muito a vida. Nós pegamos Covid, eu fiquei mal, minha irmã ficou mal, minha mãe foi a melhor de nós três. Mas o que vamos fazer? Pegamos nós três juntas. Nós fomos para cama, e veio meu cunhado cuidar aqui, mas nós ficamos todos com medo. Eu consegui me levantar primeiro do que os outros, vamos cuidar. Eu fui cuidando, assim, o meu filho trazia as coisas para a gente ali, deixava ali, e eu fui cozinhar aqui, foi levantando esse povo e me levantando junto.” (C2, C3, C5, C7, C8, C9).

Medidas de prevenção citadas nos discursos dos cuidadores, como uma forma de redobrar a assistência ao usuário assistido, fazem-se necessárias em meio à pandemia. Sendo algumas delas a necessidade de uso de máscara e de lavar as mãos frequentemente com água e sabão, adicionado ao uso de um desinfetante para as mãos à base de álcool 70%; evitar tocar os olhos, o nariz e a boca com as mãos; evitar contato próximo com as pessoas (ou seja, manter uma distância de, pelo menos, 1 metro), principalmente daqueles que têm febre, tosse ou espirros; praticar etiqueta respiratória, ou seja, cobrir a boca e o nariz com o antebraço ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis, desprezando-os imediatamente após o uso, em uma lixeira fechada, e higienizar as mãos em seguida; procurar atendimento médico precocemente se tiver febre, tosse ou dificuldade em respirar; evitar o consumo de produtos animais crus ou malcozidos e manusear carne crua ou leite com cuidado, de

acordo com as boas práticas usuais de segurança alimentar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2020).

A população, em geral, teve que alterar seus costumes. A Lei 14.019, de 2 de julho de 2020, “dispõe sobre a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes” e indica a necessidade de assepsia a esses locais e disponibilização de produtos saneantes para os usuários devido o cenário do Covid-19.(BRASIL, 2020a). A falta de EPI, na pandemia, expôs os trabalhadores e a população em geral, e esse fato amparou a recomendação para a utilização de máscaras caseiras, com a intenção de que as máscaras cirúrgicas e N95/PFF2 ou equivalente fossem priorizadas aos profissionais de saúde (SOARES et al., 2020)

Referente ao uso dos equipamentos de proteção individual, é uma normativa bem antiga, a Lei 6.514 de 22 de dezembro de 1977, referência em seu Art.158, alínea b, que a empresa deve fornecer esses equipamentos para o trabalhador (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1977). Mas foi através da Portaria MTP nº 672, de 8 de novembro de 2021, que foram consolidadas as outras normativas referentes ao EPI, Portaria SEPRT nº11.437/2020, que trata dos procedimentos e requisitos técnicos para avaliação de EPI; Instrução Normativa SST/MTB nº 1, de 11 de abril de 1994, a qual criou o Programa de Proteção Respiratória; e a Portaria TEM nº32, de 8 de janeiro de 2009, que delega ao INMETRO a elaboração e o desenvolvimento de programas de avaliação da conformidade de EPI. (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2021).

Paula Adamo Idoeta (2020) esclarece que pessoas morreram sem assistência médica na pandemia, uns por apresentarem uma piora repentina, outros por medo de procurar assistência e ser contaminado com a doença. Dados os fatos, as mortes em casa totalizaram 27,2 mil entre março e 30 de abril.

Ademais, de acordo com Pereira *et al.* (2022), os medos e as aflições da população, em meio a pandemia, foram motivados pelas características da doença, que tem alto potencial de disseminação, morbidade e mortalidade. Ainda, Dobrachinski *et al.* (2022) explica que, por ser uma enfermidade desconhecida, o tratamento do coronavírus também foi um desafio. Inicialmente, sem evidências científicas, sem conhecimento e protocolos, nem ciência de possíveis sequelas para as pessoas que foram contaminadas, acabou gerando medo para a população em

geral, inclusive entre os profissionais de saúde que estavam atuando na linha de frente.

5.3.5.2 Falta de assistência

“A gente com medo de sair muito. Medo, né? Então, isso agravou mais, com medo de sair de casa, pandemia deixou a gente com muito medo. Muito foi uma coisa, vamos dizer, assim, um pânico. Eu tinha medo disso. Então, nós ficamos muito tempo sem os médicos, muito, muito tempo. Aí, agora que a gente está tomando, de uns tempos para cá, as rédeas, indo atrás. Nós, e ela agora, estamos saindo. Eu passei sem pegar Covid e ele também, porque nós não fomos mesmo. A questão do medo mesmo. Não fomos mesmo na unidade. A pandemia fez a gente ter mais dificuldade. Isso, de locomoção, de levar ela, porque a gente não tinha uma garantia de como que ia estar lá. No entanto, muita gente foi até o posto. E ela ficou no carro aguardando, porque ela tem um quadro quase que permanente de tosse. Sintomas gripais, devido aos problemas pulmonares dela. E ela... E a gente... Então, as nossas idas ao posto se tornaram mais frequentes. E não existia dentro do posto uma separação. Ela chegava com um quadro gripal. Se ela fosse descer, eles iam deixá-la, por exemplo, junto com os sintomáticos de Covid. Mesmo ela não... podendo não ser Covid. Então a gente preferiu deixar no carro ou não levar. Levar direto em 24 horas. E foi o que eu te falei, até ajustar. Então, assim, tive que esperar... eu dependia da enfermeira estar livre, da enfermeira não estar com Covid – que aconteceu –, da enfermeira não estar ocupada, da agente de saúde intermediando esse processo. Então, assim, foi um processo, no começo, difícil, em janeiro, assim. Foi muito difícil, nossa, foi. Não passei por um período pior. Olha, para mim, foi muita dificuldade” (C1, C5, C7, C10, C11, C14).

O Conselho Federal de Medicina, através de seu *site*, com intuito de homenagear os médicos que evoluíram a óbito no transcurso da pandemia por Covid-19, criaram um memorial, informando o nome dos médicos e a região do Brasil em que eles atuavam quando faleceram (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA, 2023). Outrossim, a Associação Médica Brasileira divulgou, em 19 de janeiro de 2022, o boletim intitulado *Dignidade aos*

médicos e usuários na atenção primária a saúde, que relata a realidade vivenciada na Atenção Básica, o qual transcreveremos parcialmente:

Vivemos dias de gravidade ímpar no sistema de saúde do Brasil. Na linha de frente do atendimento, são vítimas todos os acometidos pela Covid e por outras doenças. Os médicos, por sua vez, também são penalizados, pois travam luta por cura e salvamento de vidas em condições inadequadas e insustentáveis. Submetidos mais uma vez à pressão máxima no combate à Covid-19, tanto os médicos como as equipes profissionais da Atenção Primária da Saúde (APS) relatam sobrecarga e exaustão nesse novo ciclo da pandemia agravado pela variante Ômicron e, de forma conjugada, por um surto de influenza causado pelo vírus H3N2. A despeito de todas as dificuldades do enfrentamento sem trégua ao vírus, dos desafios em defesa da vacinação, do acolhimento dos sintomáticos respiratórios e, mais recentemente, da testagem em massa, seguimos sem qualquer investimento para ampliação das equipes e respostas mais efetivas. Como de praxe, a APS segue comprometida em oferecer a melhor assistência aos pacientes. Nesse cenário, porém, são cada vez mais comuns relatos de problemas de estrutura, carência de recursos humanos e insumos. [...] (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2022).

Todos os profissionais de saúde que prestavam assistência direta aos usuários infectados pelo coronavírus estavam apreensivos com a possibilidade de propagação, inclusive entre os seus familiares. À vista disso, em relato de experiência, Dimer *et al.* (2020) apresentam que, no período do distanciamento social, os atendimentos de profissionais várias categorias da saúde, considerados não essenciais para os usuários ou eletivos, foram suspensos. Mendes (2020) esclarece que muitas ações importantes na atenção primária à saúde e na atenção especializada ambulatorial e hospitalar foram interrompidas ou inativadas em função da priorização das intervenções relativas à COVID-19. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde, em março de 2020, publicou um Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na APS/ESF e, nele, informa como devem ser os passos para o manejo diagnóstico e terapêutico das pessoas com suspeita de infecção respiratória, causada ou não por Covid-19:

Identificação de caso suspeito de Síndrome Gripal e de COVID-19
2. Medidas para evitar contágio na UBS
3. Estratificação da gravidade da Síndrome Gripal
4. Casos leves: manejo terapêutico e isolamento domiciliar
5. Casos graves: estabilização e encaminhamento a serviços de urgência/emergência ou hospitalares
6. Notificação Imediata
7. Monitoramento clínico
8. Medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa (SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2023, p. 06)

Entre os Decretos elaborados pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, é importante ressaltar o Decreto 15.632, de 9 de março de 2021, que institui novas medidas de prevenção do coronavírus (SARS-CoV-2), e no qual informa a relação de

atividades e de serviços que são considerados essenciais (que deverão dar continuidade ao atendimento) no que concerne à saúde, sendo elas: “1.1. Assistência à saúde, incluídos serviços médicos, odontológicos (somente urgência e emergência), fisioterapêuticos e terapeutas ocupacionais e hospitalares 1.2 Assistência social a vulneráveis.”

Posteriormente, em 31 de março de 2021, o Decreto nº 15.644 instituiu novas medidas restritivas voltadas ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus no território do Estado de MS. Esse decreto institui, em caráter excepcional, a partir de 5 de abril de 2021, medidas restritivas voltadas ao enfrentamento da Covid-19, tais como: circulação de pessoas e de veículos em horários específicos, conforme a classificação de risco do município; manter distanciamento mínimo de 1,5 m (um metro e meio) entre as pessoas presentes no local; realização de eventos, seguindo protocolo de segurança; divulgação do calendário de vacinação; determinação de ações para identificação, comunicação e afastamento de servidores com suspeitas, sinais e sintomas compatíveis com a Covid-19; “Art. 4º preconiza a suspensão de realização de cirurgias eletivas pelos hospitais da rede pública estadual e pela rede contratualizada”; entre outras. (ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, 2021)

Já o Decreto nº15.735, de 20 de julho de 2021, suspende a medida do Art. 4º referenciado anteriormente E, por meio da Nota Técnica nº 01/2021, a SES/MS recomenda para organização e atendimento das equipes da APS do MS frente à pandemia da Covid-19, a retomada das atividades normais e o retorno das visitas domiciliares à toda população cadastrada no território, reforçando as visitas aos usuários de risco (pessoas com 60 anos ou mais ou doenças crônicas não transmissíveis) (SECRETARIA DE ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, 2021).

Outrossim, conforme mencionado anteriormente, o medo de contaminação fez com que as pessoas tivessem receio em procurar assistência nas unidades de saúde, a fim de evitar a infecção por Covid-19. Sob essa perspectiva, Brito *et al.* (2022) citam que o surto de Covid-19 originou o medo em todas as nações por desconhecimento de uma terapêutica eficaz, em especial nas pessoas consideradas mais propensas a pegar a doença e a desenvolver quadros mais graves. Mendes (2020) menciona que a paralisia do atendimento dos usuários com condições crônicas durante a pandemia

pronuncia-se de forma calamitosa, abrange agravamento de quadro clínico e gera óbitos evitáveis.

6 CONCLUSÕES

A pandemia de Covid-19 transformou a vida da população mundial. O número de casos de pessoas contaminadas e o número de pessoas que evoluíram a óbitos, acometidas pela doença, demandaram a reorganização do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica, principal porta de entrada para as demandas espontâneas, que extrapolaram a capacidade de atendimento das unidades de saúde. Já o atendimento dos usuários com quadros clínicos mais complexos, que são atendidos via atenção

domiciliar, foi interrompido e posteriormente retomado conforme a necessidade de isolamento social foi resolvida.

Ademais, observou-se que existe uma predominância de cuidador de sexo feminino, papel designado culturalmente às mulheres, além de cuidadoras idosas, as quais têm dificuldades em realizar algumas das suas atribuições devido aos limites físicos que a idade lhes impõe. Outrossim, conforme a amostra deste, verificou-se que o acesso a profissionais de diferentes categorias na referida unidade de saúde continua sendo um desafio a ser superado, já que os usuários com quadro clínico mais complexo ainda têm que procurar assistência fora do Sistema Único de Saúde para atender suas demandas, encontrando dificuldade, também, de acesso a alguns medicamentos, justificada pelo baixo orçamento repassado pelo Governo Federal ao Programa Farmácia Popular na última década.

No que tange aos cuidadores formais, em busca pelo melhor resultado, a satisfação no emprego de sua força de trabalho está presente nos depoimentos.

Já para os cuidadores informais, familiares em sua maioria, identificou-se que o afeto é importante para a acolhida das demandas do usuário. Apesar da dificuldade de alguns em enfrentar renda baixa e das limitações do próprio corpo, resultado da idade avançada, a gratidão fomenta a continuidade da assistência. Também existem sinais de comprometimento da saúde mental dos cuidadores, resultado do contexto pandêmico e de lutos vivenciados devido à complexidade do quadro clínico de seus respectivos familiares. Infelizmente, também existem os vínculos esgarçados pelo tempo. Estes se dão por pessoas que realizam o cuidado, porém motivadas somente pelo sentimento de obrigação.

Devido à complexidade do quadro clínico dos referidos usuários, ressaltamos a necessidade de incluir à terapêutica deles, o acompanhamento de uma equipe de cuidados paliativos, a fim de garantir, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, a integralidade do cuidado.

É importante que seja feita a capacitação de todos os profissionais no âmbito da Atenção Primária de Saúde sobre esta temática, uma vez que é uma demanda presente no campo sócio-ocupacional desses trabalhadores. O acolhimento dos usuários colaborou na resolutividade das necessidades de saúde e na integralidade no cuidado, demonstrando que a humanização foi viável, mesmo na pandemia.

Outrossim, para a Política Nacional de Cuidados em fase de elaboração, fica o desafio de fomentar a capacitação dos cuidadores com o auxílio dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, tendo em vista que estes podem somar muito nesse processo. A pandemia por Covid-19 evidenciou a importância da ciência e do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública de saúde, além da necessidade de se valorizar mais os profissionais de saúde para garantir à população uma assistência de saúde de qualidade em nosso país.

REFERÊNCIAS

ADMS, J. G.; WALLS, R. M. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. **JAMA** v. 323, n.15 p.1439–1440, Apr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163102/> Acesso em: 2 maio 2023.

AIRES, M.; FUHRMANN, A. C.; MOCELLIN, D.; PIZZOL, F. L. F. D.; SPONCHIADO, L. F.; MARCHEZAN, C. R.; BIERHALS, C. C. B. K.; DAY, C. B.; SANTOS, N. O. dos; PASKULIN, L. M. G. Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. spe, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hnYd8b7ghWYGtvJfm9pL3Nn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 7 jul. 2023.

ALMEIDA, L. P.B.; MENEZES, T. M. O.; FREITAS, A. V. S.; PEDREIRA, L. C. Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p.1-7, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180004>. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v22/1415-2762-reme-22-e1074.pdf> Acesso em: 06 de jul. 2023

ANDRADE, S. M. O.; PEGOLO, G. E. **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação**. 3. ed. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2020.0

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2011.

ARRUDA, M. S.; MACEDO, M. N. G. F.; OTTAVIANI, A. C.; NUNES, D. P.; CARDOSO, J. F. Z.; SANTOS, K. C. dos; BRITO, T. R. P.; SANTOS-ORLANDI, A. A. dos .. Correlação da funcionalidade familiar e sobrecarga de cuidadores informais de idosos hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p.1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210081.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FxBb5XdbRsWyBCpNVp7TN7w/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 de jul. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia de COVID-19**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/tag/plano-de-enfrentamento-da-epidemia-de-covid-19/> Acesso em: 20 out. 2020.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Boletim 005/2022 CEM COVID_AMB: Dignidade aos médicos e pacientes na atenção primária à saúde**. São Paulo, jan. 2022. Disponível em: https://amb.org.br/cem-covid/boletim-005-2022-cem-covid_amb-dignidade-aos-medicos-e-pacientes-na-atencao-primaria-a-saude/ Acesso em: 03 out. 2023.

APRIGIO, D. P.; COELHO, R.; DUARTE, C.; GONÇALVES, L. Acesso ou falta de acesso ao serviço de reabilitação física por usuários acamados vinculados a atenção

básica à saúde no município de Teresópolis-RJ. **Revista de Pesquisa e Iniciação Científica**, 2021, v. 6, n. 10 p. 39- 49. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/jopic/article/view/2771> Acesso em: 3 set. 2023

ARANTES, A. C. L. Q. Indicações de Cuidados Paliativos. *In*: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 56-74.

AREOSA, S. V. C.; HENZ, L. F.; LAWISCH, D.; COUTINHO AREOSA, R. **Cuidar de si e do outro**: estudo sobre os cuidadores de idosos, v.15, n. 2, p. 482-494, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150212>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36231460012.pdf> Acesso em: 20 maio 2023.

AYRES, J. R. C. M.; FREITAS, A. C.; SANTOS, M. A. S. dos; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 123–138, fev. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100009> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6ZKmv8XnCTSmq7x64HdnL6k/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 maio 2023.

BARBOSA, B. R. ALMEIDA, J. M.; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317–3325, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hcBn67RFRt3brvSNp5YsDFh/abstract/?lang=pt> Acesso em: 20 maio 2023.

BARRETO, A. A. M.; MENDES, Á. N. Superexploração da força de trabalho na saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, p.1-18, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2093> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/cKVvQFHLmqfGTHtjmMcKGtf/?lang=pt#> Acesso em: 28 jun. 2023.

BEHAR-ZUSMAN, V.; CHAVEZ, J.V.; GATTAMORTA, K. Developing a measure of the Impact of COVID-19 Social Distancing on Household Conflict and Cohesion. **Family Process**. v. 59, p.1045-1059, 2020. DOI: 10.1111/famp.12579. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32621755/> Acesso em: 13 maio 2023.

BERNARDES, G. M; MAMBRINI, J.V. de M.; LIMA-COSTA M. F.; PEIXOTO, S. V. Perfil de multimorbidade associado à incapacidade entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1853–1864, maio 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17192017> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWXRHkbBQRrj6996zxJQ3Ls/?lang=pt#> Acesso em: 12 maio 2023.

BITAR, R. Primeira pessoa é vacinada contra Covid-19 no Brasil. **G1 São Paulo**, jan. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/17/ha-um-ano-sp-vacinava-1a-pessoa-contra-covid-no-brasil-veja-o-que-mudou-e-projecoes-para-o-futuro.ghtml> Acesso em: 20 abril 2023.

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1013–1022, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2021.v26n3/1013-1022/pt> Acesso em: 02 set. 2023

BOFF, L. Cuidado: o ethos do humano. *In*: **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 8. e. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOM DIA BRASIL. **Hospitais e farmácias do Brasil registram falta de remédios**. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2022/08/11/hospitais-e-farmacias-do-brasil-registram-falta-de-medicamentos.ghtml> acesso em: 29 ago. 2023

BORDIN, D.; LOIOLA, A. F. L.; CABRAL, L. P. A.; ARCARO, G.; BOBATO, G.R.; GRDEN, C. R. B. Fatores associados à condição de acamado em idosos brasileiros: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200069>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/FQjvsGG4QpjKPFMhg36VfbN/#> Acesso em: 11 maio 2023.

BUENO, M. A. M.; SIMÕES, T. C.; LUZ, T. C. B. Diferenças na disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Primária: evidências do Projeto Prover. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1191–1203, mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.38782020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BXGWGyVc79Nj8vj7663DVtB/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 1º jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CXXVIII, n. 182, p. 1, 20 set. 1990a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/1990/09/19>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CXXVIII, n. 249, p.25694, 31 dez. 1990b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=31/12/1990> Acesso em: 02 de maio 2023.

BRASIL. Resolução CNS nº 218, de 06 de março de 1997. Regulamentação das profissões de Saúde. **Diário Oficial da União**: 06 mar. 1997. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html
Acesso em: 07 de jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006a, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, DF, ano CXLIII, n 193, p1-136, 6 out. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm Acesso em: 10 de jun. 2023.

BRASIL. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF 19 out. 2006b. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/590?mode=full>. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, DF, ano CXLIII, n 183, p. 68, 21 set. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 09 de jun. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações técnicas**: Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas. -- Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/caderno_PSB_idoso_pcd_1.pdf Acesso em: 12 maio de 2023.

BRASIL. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, nº 225, pág. 276, 23 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, DF, n 126, p. 01, 03 jul. 2020a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/07/2020&jornal=515&pagina=2&totalArquivos=140> Acesso em: 27 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar. **Manual**

de Cuidados Paliativos. Coordenação de Maria Perez Soares D'Alessandro, Lara Cruvinel Barbosa; Sergio Seiki Anagusko; Ana Paula Mirarchi Vieira Maiello; Catherine Moreira Conrado; Aline de Almada Messias; Ana Cristina Pugliese de Castro; Caroline Freitas de Oliveira; Daniel Felgueiras Rolo; Fábio Holanda Lacerda; Fernanda Pimentel Coelho; Fernanda Spiel Tuoto; Graziela de Araújo Costa; Gustavo Cassefo; Heloisa Maragno; Hieda Ludugério de Souza; Leonardo Bohner Hoffmann; Lícia Maria Costa Lima; Manuele de Alencar Amorim; Marcelo Oliveira Silva; Mariana Aguiar Bezerra; Nathalia Maria Salione da Silva; Priscila Cacer Tomazelli; Sirlei Dal Moro. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://proadi-sus.org.br/manual-cuidados-paliativos.pdf> Acesso em: 10 nov.2023.

BRASIL. Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. **Diário Oficial da União:** seção1, Brasília, DF, ano CLX, n. 148, p. 3, 5 ago. 2022. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14434&ano=2022&ato=bd1ETWU5kMZpWT482> Acesso em: 15 nov.2023.

BRASIL. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. **Diário Oficial da União:** seção1, Brasília, DF, ano CXLXI, n 15-B, p. 1, 20 jan. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14536.htm Acesso em: 08 de jun. 2023.

BRITISH BROADCASTING CORPORATION. Coronavírus tem recorde de mortes em um dia, mas registro de novos casos se estabiliza. **BBC News Brasil**, fev. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51443019> Acesso em: 10 jan. 2021.

BRITO, L. S.; MORAIS, A. C.; SUTO, C. S. S.; SILVA, J. C. da; JENERETTE, C. M.; CARVALHO, E. S. S. Feelings experienced by mothers and children/adolescents with sickle disease in the context of the covid-19 pandemic. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, p. 1-15, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0287pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WsjJhsvZd9FwRhym9Q37kdS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 jul. 2023.

CALDERÓN, R. **Princípio da afetividade no direito de família.** 2013. Disponível em: <http://unicorp.tjba.jus.br/unicorp/wp-content/uploads/2020/01/12-Principio-da-Afetividade-no-Direito-de-Familia.pdf> Acesso em: 5 de jul. 2023.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. Famílias: espaços de cuidados e espaços a serem cuidados. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.** Brasília, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11842/3/Cap3_Familias_Publicacao_Preliminar.pdf Acesso em: 24 ago. 2023

CAMARANO, A. M.; FERNANDES, D; SILVA, B. O cuidado enquanto ocupação. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11842/6/Cap6_O_Cuidado_Publicacao_Preliminar.pdf Acesso em: 22 ago. 2023

CANDIDO, D. S.; CLARO, I. M.; JESUS, J. G. de; SOUZA, W. M.; MOREIRA, F. R. R.; DELLICOURT, S.; MELLAN, T. A.; PLESSIS, L. du; PEREIRA, R. H. M.; SALES, F. C. S. S.; MANULI, E. R. M.; THÉZÉ, J.; ALMEIDA, L.; MENEZES, M.T.; VOLOCH, C. M.; FUMAGALLI, M. J.; COLETTI, T. M.; SILVA, C. A. M. da, RAMUNDO, M. S.; AMORIM, M. R.; HOELTGEBAUM, H. H.; MISHRA, S.; GILL, M. S.; CARVALHO, L. M.; BUSS, L. F.; JR, C. A. P.; ASHWORTH, J.; NAKAYA, H. I.; PEIXOTO, P. S.; BRADY, O. J.; NICHOLLS, S. M.; TANURI, A.; ROSSI, Á. D.; BRAGA, C. K. V.; GERBER, A. L.; GUIMARÃES, A. P. de C.; JR., N. G.; ALENCAR, C. S.; FERREIRA, A. C. S.; LIMA, C. X.; LEVI, J. E.; GRANATO, C.; FERREIRA, G. M.; JR., R. S. F.; GRANJA, F.; GARCIA, M. T.; MORETTI, M. L.; JR. M. W. P.; CASTIÑEIRAS, T. M. P. P.; LAZARI, C. S.; HILL, S. C.; SANTOS, A. A. S.; SIMEONI, C. L.; FORATO, J.; SPOSITO, A. C.; SCHREIBER, A. Z.; SANTOS, M. N. N.; SÁ, C. Z. de; SOUZA, R-M., R. P.; L. C.; TEIXEIRA, M. M.; HUBNER, J.; LEME, P. A. F.; MOREIRA, R. G.; NOGUEIRA, M. L.; BRAZIL-UK CENTRE FOR ARBOVIRUS DISCOVER,; DIAGNOSIS; NETWORK, GENOMICS AND EPIDEMIOLOGY (CADDE) GENOMIC; FERGUSON, N. M.; COSTA, S. F.; P-M, J. L.; VASCONCELOS, A. T. R.; BHATT, S.; LEMEY, P.; WU, C-H.; RAMBAUT, A.; LOMAN, N. J.; AGUIAR, R. S.; PYBUS, O. G.; SABINO, E. C.; FARIA, N. R. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. **Science**, v. 369 n. 6508, p. 1255-1260, sept. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.abd2161>. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/369/6508/1255>. Acesso em: 05 jan. 2021.

CANETTIERI, T. Periferia e a Luta por Moradia e Pela Vida em Tempos de Pandemia: Cenários e Desafios. **Revista Ipê Roxo**, v. 2, n. 1, p. 49-61, 2020. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/iperoxo/article/view/5534>. Acesso em: 8 maio 2023.

CARBINATTO, B. **Covid-19: Brasil lidera ranking mundial de enfermeiros mortos. Super Interessante**. 20 maio 2020. Disponível em: <https://super.abril.com.br/ciencia/covid-19-brasil-lidera-ranking-mundial-de-enfermeiros-mortos/> Acesso em: 6 ago. 2020.

CARDOSO, F. S.; SÓRIA, D. A. C.; VERNAGLIA, T. V. C. O uso de equipamentos de proteção individual em tempos de COVID-19: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. 1-14, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12772>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12772>. Acesso em: 8 maio 2023.

CARLO, J. Orçamento da Farmácia Popular em 2023 é o menor em uma década. **Sindicato dos Técnico-Administrativos da UFRGS, UFCSPA e IFRS**, Porto Alegre, nov. 2022. Disponível em: <https://www.assufrgs.org.br/2022/11/25/orcamento-da-farmacia-popular-em-2023-e-o-menor-em-uma-decada/> Acesso em: 27 jun. 2023.

CARMO, H. DE O.; PEDUZZI, M.; TRONCHIN, D. M. R. Team climate and job satisfaction in a Mobile Emergency Care Service. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. 1-8, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0174pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CbcvPpXnvx7RSk4KYCRwTJm/?lang=pt#> Acesso em: 1 jul. 2023.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt#> Acesso em: 06 jan. 2021

CARREIRO, G. S.; JABUR, P. A. C. Pandemia e intensificação da estigmatização: incursão entre populações em situação de rua no Distrito Federal. **PerCursos**, Florianópolis, v. 23, n. 53, p.13 - 36, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5965/1984724623532022013>. Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/percursos/article/view/21408>. Acesso em: 5 maio 2023.

CASACIO, G. D. de M.; ISSA, F. M.; FRANÇA, A. F. O.; SILVA-SOBRINHO, R. A.; ZILLY, A.; DA SILVA, R. M. M. Cuidado integral de crianças com necessidades especiais: desafios da Atenção Primária na tríplice fronteira. **Revista Contexto & Saúde**, v. 22, n. 46, p.1-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.46.13119>. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/13119> Acesso em: 17 jul. 2023.

CASSALES, L.; SCHROEDER, F. Cuidadores de idosos com Alzheimer em suas configurações: familiares e profissionais. **Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão**. p.1-7, 2012. Disponível em: <https://docplayer.com.br/4406478-Cuidadores-de-idosos-com-alzheimer-em-suas-configuracoes-familiares-e-profissionais-2012-1.html> Acesso em: 17 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed-2.pdf Acesso em: 26 ago. 2023.

CONCEIÇÃO, H. N.; JESUS, M. L. R. S.; GOMES, I. M. N.; LUZ, K. R. G.; CONCEIÇÃO, H. N.; COSTA FILHO, J. G. D.; LUZ FILHO, C. A. Perfil e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p.1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16061>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16061>. Acesso em: 5 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA. **Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19**, 2023.

Disponível em: <https://memorial.cfm.org.br/> . Acesso em: 12 jul. 2023.

COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B.; CALDAS, C. P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n.1, p. 76-85, 2016 DOI: 10.15253/2175-6783.2016000100011 Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324044160011.pdf> Acesso em: 22 maio 2023.

DE REZENDE FERREIRA, S. I.; TESTON, E. F.; SANTANA DE ANDRADE, G. K.; CICCONE GIACON-ARRUDA, B. C.; MIYUKI SATO, D.; DOS SANTOS ALMEIDA, R. G. Desafios para o internamento domiciliar do idoso na perspectiva da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021. DOI: 10.18471/rbe.v35.42249. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42249>. Acesso em: 22 maio 2023.

DIMER, N. A.; CANTO-SOARES, N.; SANTOS-TEIXEIRA, L.; GOULART, B. N. G. Pandemia do COVID-19 e implementação de telefonaudiologia para pacientes em domicílio: relato de experiência. **CoDAS**, v. 32, n. 3, p. 1-4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192020144>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/XSDnSgSsgb8hz4JHfct8Xpj/#ModalHowcite> Acesso em: 19 jul. 2023.

DINIZ, M. A. A.; MELO, B. R. S.; NERI, K. H.; CASEMIRO, F. G.; FIGUEIREDO, L. C.; OLIVEIRA GAIOLI, C. C. L.; GRATÃO, A. C. M. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3789-3798, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016> Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n11/3789-3798/pt> Acesso em: 23 jul. 2023.

DOBRACHINSKI, L.; GLIER, J. S. P. C.; SANTOS, R. S.; TEIXEIRA, A. C.; MATTOS, G. R.; CAETANOI, L.; SILVEIRA, J. B.; OLIVEIRA, K. S.; SANTOS, K. K. R.; MUZA, M. M. Epidemia oculta: ansiedade, estresse e depressão em profissionais de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, p. 1-9, 19 jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e10713.2022>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10713> Acesso em: 12 jul. 2023.

EMANUEL, E.J.; PERSAD, G.; UPSHUR, R.; THOME, B.; PARKER, M.; GLICKMAN, A.; ZHANG, C.; BOYLE, C.; SMITH, M.; PHILLIPS, J. P. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 21, May 2020. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMsb2005114>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32202722/> Acesso em: 21 maio 2023.

ESTADÃO. Salário mínimo ideal para uma família seria R\$ 6.298,91, calcula Dieese. 2022. Disponível em: [https://www.estadao.com.br/economia/salario-minimo-ideal-agosto-dieese-npre/#:~:text=O%20sal%C3%A1rio%20m%C3%ADnimo%20ideal%20para,e%20Estudos%20Socioecon%C3%B4micos%20\(Dieese\)](https://www.estadao.com.br/economia/salario-minimo-ideal-agosto-dieese-npre/#:~:text=O%20sal%C3%A1rio%20m%C3%ADnimo%20ideal%20para,e%20Estudos%20Socioecon%C3%B4micos%20(Dieese)) Acesso em: 7 maio 2023.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. DECRETO Nº 15.644, DE 31 DE MARÇO DE 2021. Institui medidas restritivas voltadas ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus no território do Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. **Diário Oficial Eletrônico**: Campo Grande, MS, n 10.461, p. 2-4, 31 mar. 2021. Disponível em: <https://www.coronavirus.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/DECRETO-No-15.644-DE-31-DE-MARCO-DE-2021..pdf> Acesso em: 01 set. 2023.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; LIMA, J. G.; CABRAL, L. M. DA S.; SEIDL, H. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1605–1618, abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zZdBtL6QPw35vSPYz75XRPv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 3 jul. 2023.

FARIA, L.; PATIÑO, R. A. Dimensão psicossocial da pandemia do Sars-CoV-2 nas práticas de cuidado em saúde de idosos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210673, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210673>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mZ554gkSPHt9mbWLCLyRyrP/#> Acesso em: 15 nov. 2023.

FERRIGNO, J. C. **Coeducação entre gerações**. 2. ed. Rio de São Paulo: SESC São Paulo; 2011.

FONTOURA, N. Debates conceituais em torno do cuidado e de sua provisão. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília; 2023

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A gestão de riscos e governança na pandemia por Covid-19 no Brasil**: Análise dos decretos estaduais no primeiro mês. Relatório Técnico e Sumário Executivo. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/CEPEDES, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41452/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf?sequence=2&isAllowed=y Acesso em: 1 maio 2023.

GANDRA, J. Covid-19, diversidade das famílias e desigualdades. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **População e desenvolvimento em debate**: impactos multidimensionais da pandemia da Covid-19 no Brasil. Campinas, p. 95-123, 2021. ISBN 978-65-87146-06-5 Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/e-book_populacao_e_desenvolvimento_em_debate_unfpa_e_abep_2021.pdf Acesso em: 21 maio 2023.

GAZEL, A. S.; CRUZ, V. Crise do oxigênio no Amazonas completa um ano com impunidade e incerteza causada pela ômicron. No dia 14 de janeiro de 2021, o caos se instalou no sistema de saúde de Manaus, quando faltou oxigênio nos hospitais. Na época, as unidades estavam superlotadas após recordes de internações por Covid. **G1 Amazonas**. jan. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/01/14/crise-do-oxigenio-no->

amazonas-completa-um-ano-com-impunidade-e-incerteza-causada-pela-omicron.shtml Acesso em: 20 abril 2023.

GERBELLI, L. G. Brasil empobrece em 10 anos e tem mais da metade dos domicílios nas classes D e E Levantamento da consultoria Tendências mostra que 37,7 milhões de domicílios compõem a base social do país neste ano, com uma renda mensal de até R\$ 2,8 mil. **G1** jan. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/01/23/brasil-empobrece-em-10-anos-e-tem-mais-da-metade-dos-domicilios-nas-classes-d-e-e.shtml>. Acesso em: 23 de abr de 2023.

GUIMARÃES, R. M.; OLIVEIRA, M. P. R. P. B.; DUTRA, V. G. P. Excess mortality according to group of causes in the first year of the COVID-19 pandemic in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p. 1-9, oct. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220029.2> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/FwN86cxgjinmBsfhxXhCCcPr/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 16 maio 2023.

IDOETA, P.A. Coronavírus: o que está por trás da 'explosão' de mortes em casa em meio à pandemia de covid-19. **BBC News Brasil**. jun. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52802249> Acesso em 01 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desemprego**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php> Acesso em: 3 maio 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO. **Pesquisa para uma Política Nacional do Cuidado**. 2019 Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/pesquisa-de-opiniao-para-elaboracao-da-proposta-da-politica-nacional-de-cuidado-2019> Acesso em: 21 ago. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Mobilidade urbana e o acesso ao Sistema Único de Saúde para casos suspeitos e graves de Covid-19 nas vinte maiores cidades do Brasil**. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9840> Acesso em: 19 ago. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil?highlight=WyJwZXNzb2FzIiwJ3Blc3NvYXMiLCJzaXR1YVx1MDBIN1x1MDBIM28iLCJydWEiLDIwMjJd> Acesso em: 9 maio 2023.

KUPFERSCHMIDT K, COHEN J. Can China's COVID-19 strategy work elsewhere? **New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 6482, p. 1061-1062, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.367.6482.1061> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32139521/> Acesso em: 19 maio 2023.

LAMPERT, C. D. T.; SCORTEGAGNA, S. A.; GRZYBOVSKI, D. Dispositivos legais no trabalho de cuidadores: aplicação em instituições de longa permanência. **Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, v. 22, n. 3, p. 360–380, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.09515.57137> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/zKGBk7dPkVgPqBP8gTL4pjd/?lang=pt#> Acesso em: 19 maio 2023.

LANCET COVID-19. Commissioners Task Force Chars; Comission Secretariat. **Lancet** v.396 p.1102-1124, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31927-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31927-9). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32941825/> Acesso em 18 maio 2023.

LEBREGO, A. M.; CABRAL LOBATO, S. M.; FIMA, L. R. V. O Papel de Cuidadora Atribuído à Mulher: escuta psicológica de acompanhantes de pacientes em tratamento hemodialítico. **Revista Científica Gênero na Amazônia**, Belém, n. 14, jul./dez., 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/rcga.v0i14.13252>. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/generoamazonia/article/view/13252/9196> Acesso em: 06 de jun. 2023.

LEFÈVRE, F. **Discurso do sujeito coletivo**: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli, 2017.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LIMA-COSTA, M. F.; MAMBRINI, J. V. M.; ANDRADE, F. B.; PEIXOTO, S. W. V.; MACINKO, J. Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, supl.3, p. 1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00193920> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q4Zn6d6RtBMW78fntMMJxj/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 23 maio 2023.

LINDBLOM, S.; YTTERBERG, C.; FLINK, M. Perceptive dialogue for linking stakeholders and units during care transitions – a qualitative study of people with stroke, significant others and healthcare professionals in Sweden. **International Journal of Integrated Care**, v.20, p.1–11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4689>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7101013/> Acesso em: 20 jul. 2023.

LYRA, J. SOUZA LEÃO, L.; COSTA LIMA, D.; TARGINO, P.; CRISÓSTOMO, A. SANTOS, B. Homens e cuidado: uma outra família? *In*: ACOSTA, A.R, VITALE, A. M. F. **Família, redes, laços e políticas públicas**. 5 ed. São Paulo: Cortez; 2008. p.79-81.

MACIEL, M. G. S.; RODRIGUES, L. F.; NAYLOS, C.; BETTEGA, R.; BARBOSA, S. M.; BURLA, C.; VALE E MELO, I. T. **Crêterios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora 2006.

MAGNO, D. C.; AUGUSTO DA SILVA, D.; MARCOLAN, J. F. Sintomatologia depressiva em cuidadores familiares de idosos com Alzheimer ou outra demência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, P.1-11, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15107> Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/15107-Article-197242-1-10-20210513%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/15107-Article-197242-1-10-20210513%20(1).pdf) Acesso em: 13 jun. 2023.

MANZZI, A. C. Cuidador de idosos é uma das profissões que mais crescem no Brasil Número de profissionais com carteira assinada saltou de 5.263 para 34.051 em dez anos, segundo dados do Ministério do Trabalho. **O DIA**, julho 2022. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/economia/empregos-e-negocios/2022/07/6447033-cuidador-de-idosos-e-uma-das-profissoes-que-mais-crescem-no-brasil.html> Acesso em: 19 maio 2023.

MARCUCCI, F. C. I.; PERILLA, A. B.; BRUN, M. M.; CABRERA, M. A. S. Identifica o de pacientes com indica o de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 24, n. 2, p. 145-152, abr./jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-145.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2021.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Martin Claret, 2008.

MASSUDA, A.; HONE, T.; LELES, F. A. G.; CASTRO, M.C.; ATUN, R. The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 3, p. ed. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829> Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/4/e000829.full.pdf> Acesso em: 23 maio 2023.

MASSUDA, A.; TASCA, R.; MALIK, A. M. Uso de leitos hospitalares privados pelos sistemas públicos de saúde em resposta ao COVID-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e416>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SfPqRtPtjL5nWhDdtQTv4zB/?lang=pt#ModalHowcite> Acesso em: 7 maio. 2023.

MASSUDA, A.; TASCA, R. A resposta dos sistemas de saúde   Covid-19: breve análise sobre o SUS. *In*: SANTOS, A. DE O.; LOPES, T. L. **Principais elementos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p.78-95. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume1.pdf> Acesso em:1 maio 2023.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23-30.

MATHIEU, E.; RITCHIE, H.; RODÉS-GUIRAO, L.; CAMERON, A.; GIATTINO, C.; HASSEL, J.; MACDONALD, B.; DATTANI, S.; BELTEKIAN, D.; ORTIZ- OSPINA, E. **Coronavirus Data Explorer**, 2020. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-cases> Acesso em: 20 de jul. 2023

MELO, M. S. A.; COURA, A. S.; FRANÇA, I. S. X.; FEIJÃO, A. R.; FREITAS, C. C. S. L.; ARAGÃO, J. S. Sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores de pessoas acamadas em domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE02087, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02087>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/FTGFfz8H6XvncqK84bF3xHd/?lang=pt#> Acesso em: 17 maio 2023.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf> Acesso em: 20 ago. 2023.

MENEZES, L. L. B; SILVA, E. F.; DE ALMEIDA, P. R. DA S.; DA SILVA COSTA, A. B.; MADDALENA, E. T.; BREGOLATO, R. DE A. M. DE F. Seguridade Social e o acompanhante como direito do Idoso hospitalizado. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde**, v. 4, n. 2, 13 nov. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/6960> Acesso em: 9 jul. 2023.

MENEZES, L. L. B; ANDRADE, L. Social Work and Palliative Care in Brazil *In*: ALTILIO, T.; OTIS-GREEN, S. **Palliative Social Work**, The Oxford Textbook of, 2022, p. 479-481.

MENEZES, P. Família: conceito, evolução e tipos. **Toda Matéria**. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/familia-conceito-tipos/>. Acesso em: 12 mai. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria- Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. **A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf Acesso em: 02 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. PNH **Folheto explicando a Política Nacional de Humanização, seu método, princípios e diretrizes**, 2013. Disponível em: <https://redehumanizausus.net/acervo/politica-nacional-de-humanizac%CC%A7a%CC%83o-pnh/> Acesso em: 03 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 10 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html Acesso em: 30 ago. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº454, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, DF, Edição-extra-F, ano CLVIII, n. 55 - F, p. 1, 20 mar. 2020a.. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.html Acesso em: 09 de jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 4**, 2020b. Disponível em: https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Protocolo-Manejo-Clinico_APS_versao04.pdf Acesso em: 02 set. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Guia de Vigilância Epidemiológica do COVID-19. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**, 2022a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 4 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus - Covid-19**, n.38, set. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-132-boletim-coe-coronavirus> Acesso em: 5 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendações Conselho Nacional de Saúde**. 2022c. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2022> Acesso em: 28 ago. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vacinômetro COVID-19**, 2023a. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19.html Acesso em: 2 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Farmácia Popular do Brasil**, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/farmacia-popular> Acesso em: 26 ago. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Com novas especialidades, Ministério da Saúde retoma investimento em equipes multiprofissionais em todo Brasil**, 2023. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/21417> Acesso em: 01 de set. 2023.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME. **MDS coordena a elaboração da Política Nacional de Cuidados com foco na valorização da mulher:** pasta propõe ainda a ratificação de Convenção da OIT voltado para a plena inserção profissional de trabalhadoras com responsabilidades familiares, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-coordena-a-elaboracao-da-politica-nacional-de-cuidados-com-foco-na-valorizacao-da-mulher#:~:text=Assim%2C%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,igualit%C3%A1ria%20do%20trabalho%20de%20cuidados](https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-coordena-a-elaboracao-da-politica-nacional-de-cuidados-com-foco-na-valorizacao-da-mulher#:~:text=Assim%2C%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,igualit%C3%A1ria%20do%20trabalho%20de%20cuidados.). Acesso em: 23 ago. 2023

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME. **Portaria Conjunta INSS/MDS Nº 3 de 21/09/2018.** Dispõe sobre regras e procedimentos de requerimento, concessão, manutenção e revisão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=367787> Acesso em: 25 ago. 2023.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Lei nº 6.514 de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p.17777, 23 dez. 1977.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Classificação Brasileira de Ocupações – CBO,** 2022. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf> Acesso em: 10 abr. 2023.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO. Portaria nº 672, de 8 de novembro de 2021. Disciplina os procedimentos, programas e condições de segurança e saúde no trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção1, Brasília, DF, Edição 212, ano CLVIII, n. 55 - F, p. 243, 11 nov. 2021. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-672-de-8-de-novembro-de-2021-359091010> acesso em: 02 set. 2023

MONTEIRO, M. R.; PEDROZA, B. S.; GUIMARÃES, C. A. O cuidar e seus impactos negativos para cuidador familiar de pessoa com Alzheimer. **Psicologia Argumento**, v. 40, n. 108, p. 1608-1623, 2022. DOI: 10.7213/psicolargum40.108.AO13. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27615>. Acesso em: 14 jul. 2023.

MOURA, L. A.; XAVIER DA SILVA, B. R.; VALENÇA, A. M. G. Integralidade e Saúde: experiências, desafios e possibilidades no contexto pandêmico brasileiro. Campo Grande: Editora Inovar, 2021. 153p. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/90463232/LIVRO_20-_20INTEGRALIDADE_20E_20SA_C3_9ADE-libre.pdf?1661876672=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DIntegralidade_e_Saude_experiencias_desaf.pdf&Expires=1700300904&Signature=OBWqg~kkhK8SYLxn7BUxePN0RyzVIUv92sSWwIS5h~scu05iRjJzVS0wOKFNlv3nuA4NTi5--5TxCZjT3GuBDtCYwPQiTx7DQeaUJoW66Qsry6gd2zhPkyU9EPHejUAmYiw6ICTwd

Dg5Ar8qMfgrDdvmU4mOYjxmdirNtBh5HL4P00GlifnlqPpcxQYcyBHEkMRoYV92jTp
BdZwyjcnV2eBUHaoixLsWRekkQqOBmvwR4GtrlOXDPxGOIG9tdUK4AURljdIROUS
ses1IDfeuc1W~MOV50bxm5hdXfkMZyPqBvDmQZn1CwoouZ07naQGPmYsPcENAz
DehpPQO13WiJw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=17 Acesso
em: 8 nov. 2023.

NASCIMENTO, H. G.; FIGUEIREDO, A. E. B. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1381–1392, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01212019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/grVDXmgdw8LXw3kLVSLyzwp/?lang=pt#> Acesso em: 3 maio 2023.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, N. N.; IKEGAMI É. M.; OLIVEIRA, N. G. N.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à incapacidade funcional de idosos com catarata: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 5, p. 1-13, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220076.pt>. Disponível em: 2 maio 2023.

OLIVEIRA, W. S.; MONTEIRO, F. P. M.; PAIVA, J. S.; SILVA, D. P.; NEPOMUCENO, S. R.; QUEIROZ, T. A. Problemas de saúde mental entre cuidadores de pacientes no âmbito hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 5, p. 1138–1148, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5334>. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5334> Acesso em: 2 de jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)** 1 ed. São Paulo: Edusp, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE AMÉRICAS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**, jan. 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus> Acesso em: 11 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**, dez. 2020b. Disponível em: [https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e#:~:text=Genebra%2C%209%20de%20dezembro%20de,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\)](https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e#:~:text=Genebra%2C%209%20de%20dezembro%20de,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).). Acesso em: 23 de jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19**, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 10 jan. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional Outlook and Country Profiles.** Scientific and Technical Publication n. 642, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34321> Acesso em: 09 abr. 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORD HEALTH ORGANIZATION. **Reforçando a resposta dos sistemas de saúde à COVID-19. Adaptando serviços de atenção primária para uma resposta mais efetiva à COVID-19,** 17 de junho de 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52497> Acesso em: 10 jan. 2021.

PASQUALINI, J. C.; MARTINS, L. M. A dialética singular-particular-universal: implicações do método materialista dialético para a psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 362–371, maio 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/WFbvK78sX75wDNqbcZHqcPj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 30jun. 2023.

PEREIRA, A. K.; OLIVEIRA, M. S.; SAMPAIO, T. S. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 678–696, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200323> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/mgNQHB6dZjJNSTXWYDLLVkj/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 22 maio 2023.

PEREIRA, J. R.; FERNANDES, D.S., AGUIAR, V. F. F.; SOUSA, F. J. D. AVALIAÇÃO DO MEDO E ESTRESSE PELO IDOSO NA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: UM ESTUDO TRANSVERSAL. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e83400, 2022. DOI: <https://doi.org/dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.83400>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/p4MJmwnf8p8gHDRLT5Qqz3t/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 11 jul. 2023.

PINHEIRO DA SILVA, L. M.; GRANDO GAIOTTO, E. M.; SIVALLI CAMPOS, C. M.; SOARES, C. B. Potenciais de desgaste no trabalho da Atenção Básica no Brasil: uma revisão integrativa. **Conjecturas**, v. 22, n. 14, p. 401–441, 2022. DOI: [10.53660/CONJ-1807-2L07](https://doi.org/10.53660/CONJ-1807-2L07) Disponível em: <http://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1807>. Acesso em: 19 jul. 2023.

PITANGUY, J. Violência de gênero e a Covid-19: evidências, vigilância e atenção. *In*: Associação Brasileira de Estudos Populacionais. **População e desenvolvimento em debate: impactos multidimensionais da pandemia da Covid-19 no Brasil.** p. 42-49, 2021. Campinas, SP. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/e-book_populacao_e_desenvolvimento_em_debate_unfpa_e_abep_2021.pdf Acesso em: 05 maio 2023.

PRADO, R. T.; LEITE, J. L.; BARBOSA DE CASTRO, E. A.; DA SILVA, L. J.; RODOLFO SILVA, Í. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e2017–0111, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/wP8ZqPLjzL8CFBvNXLczJnd/abstract/?lang=pt#> Acesso em 9 nov. 2023.

RAGGIO, A. M. B.; ROCHA DE LUIZ, V. CONASS e CONASEMS: atuação dos conselhos representativos. In: SANTOS, A. DE O.; LOPES, T. L. **Principais elementos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, p.154-167. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume1.pdf> Acesso em:10 maio 2023.

RADBRUCH, L.; DE LIMA, L.; KNAUL, F.; WENK, R.; ZIPPORAH, A.; BHATNAGHAR, S.; BLANCHARD, C.; BRUERA, E.; BUITRAGO, R.; BURLA, C.; CALLAWAY, M.; MUNYORO, E. C.; CENTENO, C.; CLEARY, J.; CONNOR, S. DAVAASUREN, O.; DOWNING, J.; FOLEY, K.; LARKIN, P.; LENG, M.; LUYIRIKA, E.; MARSTON, J.; MOINE, S.; OSMAN, H.; PETTUS, K.; PUCHALSKI, C.; REJAGOPAL, M.R.; SPENCE, D.; SPRUIJT, O.; VENKATESWARAN, C.; WEE, B.; WOODRUFF, R.; YONG, J.; PASTRANA, T. Redefining palliative care-a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Management*. 2020;60(4):754-64. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30247-5/fulltext?rss=yes#](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(20)30247-5/fulltext?rss=yes#) Acesso em: 11 de nov. 2023.

RAMOS, A. C. C.; ALMEIDA, B. G.; BOWES, É. C. S.; MOURA, L. P.; ADORNO, R.S. B.; LEMONS, S. C. A arte de humanizar em tempos de pandemia: a experiência da SESAB na produção do acolhimento. **Revista Baiana Saúde Pública**. Salvador: Bahia, 2021, p.201-216 v. 45 n. especial 2 DOI:https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.nEspecial_2.a3486 Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3486/2841> Acesso em 02 set. 2023.

RENK, V. E.; BUZQUIA, S. P.; BORDINI, A. S. J. Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. 416–423, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030228> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Rj7CcQFNbJHCTFpwWGrnppp/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 12 maio 2023.

RIBEIRO, C. C; BORIM, F. S. A.; BATISTONI, S. S. S. T.; CACHIONI, M.; NERI, A.L.; YASSUDA, M. S. Propósito de vida e desempenho de atividades avançadas de vida diária em idosos mais velhos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 5, p. 1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210216.pt> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/PkVQ87G3XFK5hycQTnWBjym/?lang=pt> Acesso em:10 maio 2023.

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 62–72, jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sqGJCJcSsC5mbKZkRHHfnNm/#> Acesso em: 12 nov. 2023.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 801–808, nov. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600002> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/F4sYpP5d3XKq9N93z7Jfbbn/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 9 maio 2023.

ROCHA, E.; REZENDE, V. Entre o cuidar e o direito de ser cuidado: os jovens nemnem e os cuidados no contexto da pandemia da covid-19. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11842/5/Cap5_Entre_o_cuidar_Publicacao_Preliminar.pdf Acesso em: 24 ago. 2023

ROCHA, L. F. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas das Teorias Psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, p. 46–65, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/wrWbcH7fPm37DBzk6x4JmKK/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 30 jun. 2023.

SANCHES, R. DE C. N.; SANTOS, F. T. G.; RADOVANOVIC, C. A. T. Construção e validação de questionário para avaliação das competências do cuidador informal. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. e73966, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.73966>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73966> Acesso em: 20 maio 2023.

SANTOS, F. G. T.; HARMUCH, C.; PAIANO, M., RADOVANOVIC, C. A. T., RÊGO, A. S.; CARREIRA, L. Competência de idosos cuidadores informais de pessoas em assistência domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0288>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/kxGWhq3hTJFkyGhS9PkBLch/?lang=pt> Acesso em: 6 jul. 2023.

SANTOS JÚNIOR, C. J. dos; ROCHA, T. J. M. Dois milhões de casos da COVID-19 no Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 53, n. 2, p. 201-203, 2020. DOI: [10.11606/issn.2176-7262.v53i2p201-203](https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i2p201-203). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/171022>. Acesso em: 22 maio 2023.

SANTOS MIRANDA, T. R.; ROJAS RODRIGUEZ, N. T.; FERRAZ, V. S.; GOMES DE SOUZA PEGORARE, A. B. Avaliação da sexualidade, qualidade de vida e capacidade funcional em mulheres sobreviventes do câncer de mama. **Multitemas**, v. 27, n. 65, p. 87–106, 2022. DOI: <https://doi.org/10.20435/multi.v27i65.3373>. Disponível em:

<https://www.multitemas.ucdb.br/multitemas/article/view/3373>. Acesso em: 13 maio. 2023.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 561–565, jul. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400002> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rpStZdRWWXPCpQsHhVMYJ9c/#ModalHowcite> Acesso em: 13 jul. 2023.

SCHULZE, C. J. Diálogos Institucionais e a Covid-19: o legado da tragédia. *In*: SANTOS, A. DE O.; LOPES, T. L. **Principais elementos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, p. 66-76, 2021. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume1.pdf> Acesso em: 15 maio 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MATO GROSSO DO SUL. **Boletim Epidemiológico COVID-19**. Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias COVID-19. Campo Grande, 2023. Disponível em: <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2023/08/Boletim-Epidemiologico-COVID-19-2023.08.15.pdf> Acesso em: 22 agosto 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL. **Nota Técnica Nº 01/2021 SES/MS** Recomendações para organização e atendimento das equipes da Atenção Primária à Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul/MS frente à pandemia da COVID-19. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/NOTA-TECNICA-RETOMADA-APS.pdf> Acesso em: 02 set. 2023

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PENAIAS. **SISPEDEN**, período de julho a dezembro de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/servicos/sispeden> Acesso em: 8 maio 2023.

SHUJA, J.; ALANAZI, E.; ALASMARY, W.; ALASHAIKH, A. COVID-19 open source. **Applied intelligence Dordrecht, Netherlands**, v. 51, n. 3, p.1296–1325, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10489-020-01862-6>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7503433/> Acesso em: 7 maio 2023.

SILVA, A. E.; PEIXOTO, A. P. A. F.; MOTA, J. A. C.; RODRIGUES, K. E. S.; AMARAL, T. M. do. Cuidado paliativo em atenção domiciliar. Belo Horizonte: **Nescon UFMG**, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/cuidado-paliativo-versao-final.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2021.

SILVA, D. A. G.; FREITAS, L. M.; OLIVEIRA, R. G. Cuidando de quem se recorda: saúde mental do cuidador familiar de idoso com Alzheimer, 2022. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/31373/1/TCC%20CUIDANDO%20DE%20QUEM%20SE%20RECORDA%20%28FINAL%29.pdf> Acesso em: 29 jun. 2023.

SILVA, L. L. S.; LIMA, A. F. R.; POLLI, D. A.; RAZIA, P. F. S.; PAVÃO, L. F. A.; CAVALCANTI, M. A. F. de H.; TOSCANO, C. M. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185020> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gR6mkQmSqBHqvZb5YMNYjxD/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 jul. 2021.

SOARES, S. S. S.; SOUZA, N. V. D. de O.; CARVALHO, E. C.; VARELLA, T. C. M.; M. L.; ANDRADE, K. B. S.; PEREIRA, S. R. M.; COSTA, C. C. P. De cuidador a paciente: na pandemia da Covid-19, quem defende e cuida da enfermagem brasileira?. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe, p. 01-07, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0161> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/YfFkxn8LLxhtxXXCNB754PP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 28 ago. 2023.

SOPHIA, D. C. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 554-561, out. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MBhc6BNkMCFzGLcmCHDr8Ff/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 maio 2023.

SOUSA, C. S. DE O.; SILVA, A. L. da. O cuidado a pessoas com HIV/aids na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 907-914, ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400019> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BxPrnJC9q4NMJ6VvSTrJvwf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 3 de jul. 2023.

SOUSA, P. **Qualidade e segurança do paciente: implicações e resiliência no contexto da pandemia de Covid-19.** In: SANTOS, A. DE O.; LOPES, T. L. **Principais elementos.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, p. 243-254, 2021a. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume1.pdf> Acesso em: 20 maio 2023.

SOUZA, L. C.; VIOLIONE, G. C. C.; SOARES, N. Autoridade, família e indústria cultural: a construção social da velhice. In: TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento na sociabilidade do capital.** Campinas: Papel Social, 2017. p. 235-252.

SOUZA, M.; HARTMANN, C. T.; DREHER, D. Z. ATENÇÃO BIOPSISSOCIAL A IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Salão do Conhecimento**, v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/4583>. Acesso em: 22 jul. 2023.

TEIXEIRA, L. A. BORGES, M. C.; HOMEM DE ABREU, D.P.; BENTO RIBEIRO, K.; PATRIZZI MARTINS, L. J. Caregivers of older adults in palliative care: level of burden and depressive symptoms. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/P8Nqj6JFzHNVdkL3xnVybnL/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 06 de jun. 2023.

TEODORO, M. L. M. **Afetividade e Conflito em Díades Familiares**: Avaliação com o Familiograma. **Revista Interamericana de Psicología Interamerican Journal of Psychology**, v. 40, n. 3 p. 385-390, 2006. ISSN: 0034-9690 Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28440313.pdf> Acesso em: 4 de jul. 2023.

THE LANCET. COVID-19 in Brazil: "So what?". **Lancet**, v. 395, p.1461, may 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31095-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32386576/> Acesso em: 3 maio 2023.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus**: mudança de classificação obriga países a tomarem atitudes preventivas, 11 de mar. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus> Acesso em: 15 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes, 2007. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/CC_PalliativeCareModule.pdf Acesso em: 8 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: WHO; 2018 Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274565/9789241514460-eng.pdf?isAllowed=y&sequence=1> Acesso em: 10 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavírus (COVID-19) Dashboard**, Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 15 maio 2021.

APÊNDICE A – Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projetos de pesquisa

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO DE CUIDADORES DE USUÁRIOS ACAMADOS FRENTE AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisadora Responsável: LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES

Como pesquisador(a) acima qualificado(a) comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de usuários da Unidade de Saúde da Família “Dr. Milton Kojo Chinen”, Campo Grande, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa-Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/2012) e Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

- d) o acesso aos dados registrados em prontuários de usuários ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS).
- e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos usuários.
- f) os dados obtidos (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) somente poderão ser utilizados neste presente projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande(MS) _____/_____/_____

Nome: Lena Lansttai Bevilaqua Menezes
Investigadora Principal

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada REPRESENTAÇÃO DE CUIDADORES DE USUÁRIOS ACAMADOS FRENTE AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

A pesquisa tem como objetivo central compreender as implicações da pandemia do COVID-19 na vida dos cuidadores de usuários acamados assistidos pela Unidade de Saúde da Família “Dr. Milton Kojo Chinen”, no município de Campo Grande (MS).

As pesquisadoras Lena Lansttai Bevilaqua Menezes e Sonia Maria Oliveira de Andrade convidam você a participar deste estudo por ser cuidador(a) alfabetizado de usuário acamado e/ou restrito ao leito assistido pela referida USF. Sua participação é voluntária, portanto, não haverá nenhum tipo de pagamento. Entretanto, será admissível ressarcimentos, feitos pela pesquisadora, de despesas provenientes da participação na pesquisa.

Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar; contudo, ela é muito importante para somar aos conhecimentos sobre o cuidado. Se depois de concordar em participar do estudo, você desistir de continuar participando, **o seu direito e liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, está garantido**, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. **Os resultados serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.**

Será realizada uma entrevista semiestruturada (áudio gravada com celular), composta por dois tópicos: um de caracterização do usuário e do cuidador e um bloco de cinco questões abertas. As entrevistas serão realizadas de forma individualizada, não havendo tempo mínimo ou máximo de duração. Será necessária apenas uma entrevista com cada cuidador em ambiente que permita a preservação do anonimato do participante e sua privacidade e possibilite o sigilo das informações. Reitera-se que a coleta somente terá início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Reitera-se que a pesquisa não trará riscos imediatos ou futuros aos participantes dos grupos pesquisados e são mínimos sendo que diante da ocorrência de desconforto causado pelo teor das questões da entrevista, esta será interrompida e a assistência será oferecida pelos profissionais da equipe (dois psicólogos). Os benefícios são indiretos, considerando que a utilização dos dados ocorrerá em momento subsequente à finalização da pesquisa, para a reorientação de ações e propostas referentes aos serviços prestados pelos profissionais que prestam assistência aos usuários acamados.

Os dados coletados ficarão sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora, somente os TCLE serão armazenados fisicamente em envelope pardo e lacrado, sendo os

mesmos queimados ao final do período de cinco anos. Os resultados decorrentes do estudo, serão apresentados em forma de relatório final para SESAU. Essas informações também poderão ser expostas em possíveis eventos científicos pertinentes, estando prevista, ainda, a elaboração de artigos científicos a serem encaminhados para ponderações de periódicos científicos com Qualis A-B1.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Lena no telefone **(67) 99131-6637** e E-mail:**lansttai@gmail.com**. Para perguntas sobre os direitos como participante no estudo, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS**, prédio das Pró-Reitorias Hércules Maymone – 1º andar, CEP: 79070-900. Campo Grande-MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone **(67) 3345-7187**; **atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.**

Esta pesquisa foi aprovada via Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer nº.XXXXX.

Autorizo gravação/registro de áudio/voz:

() Sim () Não

Eu, _____, fui informado sobre o que as pesquisadoras pretendem fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. **Declaro que tive tempo adequado para refletir e decidir sobre a minha participação.** Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

APÊNDICE C – Roteiro para caracterização da condição de saúde e recursos utilizados

1. Dados referentes à condição de saúde (doença de base, comorbidades, fatores limitantes, dentre outros).

Diagnóstico principal:

Comorbidades decorrentes da doença de base e/ou causadoras:

Data em que foi feito o diagnóstico?

Grau de dependência: () com limitação () restrito ao leito

2. Recursos utilizados pelo usuário na condição de usuário da Unidade de Saúde.

Insumos e medicamentos obtidos na unidade de saúde:

Recebe atendimento na unidade de saúde? () sim () não.

Se sim, quais?

Recebe atendimento domiciliar? () sim () não

Se sim, a partir de quando:

() antes de março de 2020.

De quais profissionais? _____

Quais tipos de serviço/assistência? _____

() após março de 2020

De quais profissionais? _____

Quais tipos de serviço/assistência? _____

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista

ENTREVISTA N. _____

Local: _____ Data: ____/____/____

Início: ____:____ h. Término: ____:____ h. _____

Duração: _____

Dados do usuário:

Sexo: _____ Idade: _____

Tempo na condição de acamado: _____

Dados do cuidador:

Sexo: _____ Idade: _____

Tipo do cuidador: _____

1- Há quanto tempo você cuida deste usuário e quantas horas por dia dedica ao cuidado?

2- O que significa cuidar, para você?

3- Conte para mim (detalhadamente) como a pandemia de COVID-19 influenciou na rotina de cuidados e na dinâmica familiar?

4- Como tem sido a sua vivência como cuidador durante a pandemia, junto aos profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família (USF) “Dr. Milton Koyo Chinen” – Vila Nasser?

5- Com que tipo de apoio você conta e/ou gostaria de contar para oferecer o cuidado?

ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO DE CUIDADORES DE PACIENTES ACAMADOS FRENTE AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51765121.8.0000.0021

Instituição Proponente: INISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.247.103

Apresentação do Projeto:

O projeto "REPRESENTAÇÃO DE CUIDADORES DE PACIENTES ACAMADOS FRENTE AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" tem por finalidade avaliar a representação de cuidadores de pacientes acamados/restritos ao leito assistidos por uma unidade de saúde da família no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Mediante os resultados obtidos será possível compreender as implicações da pandemia do COVID-19 na vida dos cuidadores de pacientes acamados assistidos pela Unidade de Saúde da Família "Dr. Milton Kojo Chinen", no município de Campo Grande (MS). Segundo o pesquisador, o estudo se faz de extrema pertinência devido à escassez de pesquisas relacionadas à temática do cuidado de pacientes acamados em meio a pandemia de Covid-19 em Mato Grosso do Sul.

As intervenções a serem realizadas nos participantes são: Entrevista semiestruturada.

Os participantes envolvidos na pesquisa são cuidadores de pacientes acamados/restritos ao leito atendidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinem, localizada na Rua Antônio de Moraes Ribeiro, nº 939, Vila Nasser, em Campo Grande – MS. Os cuidadores dos pacientes serão convidados a participar do estudo, por meio de contato telefônico realizado pela pesquisadora, e, caso aceitem o convite, será feito o agendamento das entrevistas e combinado o

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros 4 Prédio das Pró-Reitorias 4 Hércules Maymone 4 1º andar			
Bairro: Pioneiros	CEP: 70.070-900		
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE		
Telefone: (67)3345-7187	Fax: (67)3345-7187	E-mail: cepconep.propp@ufms.br	



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.247.103

local de realização, conforme a sua conveniência a fim de não comprometer a assistência ao paciente.

São critérios de inclusão: "Poderão participar do estudo cuidadores alfabetizados de todos os pacientes acamados/restritos ao leito, atendidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinen - Vila Nasser." E que aceitem participar da mesma, por livre e espontânea vontade, perante leitura e assinatura em duas vias (uma para o participante e outra para o pesquisador) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice A).

São critérios de exclusão: "Serão excluídos da pesquisa os cuidadores analfabetos ou os que apresentem dificuldade de se comunicar que torne inviável a realização da entrevista semiestruturada".

Trata-se de uma pesquisa fundamentada em uma abordagem qualitativa, descritiva com coleta de dados secundários e primários, resultantes de coleta de dados constantes dos registros da unidade e entrevistas com cuidadores de pacientes atendidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Milton Kojo Chinen.

Para a organização dos conteúdos das entrevistas, será utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os dados secundários serão obtidos a partir dos registros da Unidade de Saúde. Os dados primários serão obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, pré-agendadas via contato telefônico, as quais serão audiogravadas e comporão a amostra por conveniência. Para a coleta de dados com os cuidadores, será utilizada a técnica de entrevista semiestruturada (áudiogravada com celular).

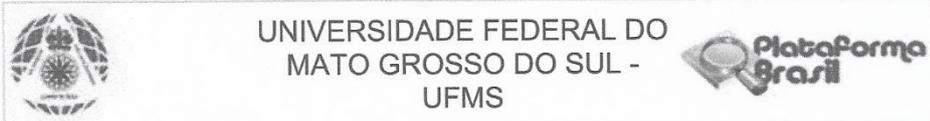
O projeto não conta com apoio financeiro, exceto o financiamento próprio do pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Apreender a representação de cuidadores de pacientes acamados/restritos ao leito assistidos pela Unidade de Saúde da Família USF "Dr. Milton Kojo Chinen" - Vila Nasser. frente aos desafios impostos pela pandemia de covid-19.

Objetivo Secundário: Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.247.103

específicos: a) caracterizar o cuidador segundo relação com o paciente acamado; b) caracterizar o cuidador e paciente segundo aspectos sociodemográficos; c) descrever a condição de saúde dos pacientes acamados e os recursos por eles utilizados; d) apreender as representações do cuidado no contexto das restrições devidas à pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Reitera-se que a pesquisa oferece riscos mínimos imediatos ou futuros, aos participantes dos grupos pesquisados, sendo que diante da ocorrência de desconforto causado pelo teor das questões da entrevista, esta será interrompida e a assistência será oferecida pelos profissionais da equipe (dois psicólogos).

Benefícios: Os benefícios são indiretos, considerando que a utilização dos dados ocorrerá em momento subsequente à finalização da pesquisa, para a reorientação de ações e propostas referentes aos serviços prestados pelos profissionais que prestam assistência aos pacientes acamados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo tem caráter nacional e acadêmico, com participantes localizados na cidade de Campo Grande - MS, Brasil. O tamanho da amostra será de 17. A coleta dos dados está prevista para 03/2022 e o encerramento do estudo tem previsão para 03/2023, mediante a defesa. A pesquisa não conta com patrocínio, exceto o financiamento próprio, estimado em R\$ R\$ 642,71. Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários). Não haverá retenção de amostras para armazenamento em banco. O estudo não é multicêntrico no Brasil. Não propõe dispensa do TCLE. O cronograma de execução apresentado está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em relação aos termos de apresentação obrigatória entregues pelo pesquisador, considera-se:

1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE: devidamente anexado pelo pesquisador na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.247.103

2) Autorização(ões) do(s) local(is) de execução: Para o acesso aos prontuários e participantes, o pesquisador apresentou autorização da Secretaria Municipal de Saúde Pública – SESAU.

3) Instrumento de coleta de dados: foi apresentado os seguintes documentos: APÊNDICE B – Roteiro para caracterização da condição de saúde e recursos utilizados; APÊNDICE D – Roteiro de entrevista; APÊNDICE E - Instrumento de análise do discurso.

4) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projetos de pesquisa: foi apresentado o APÊNDICE C – Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projetos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da análise dos documentos anexados pelo pesquisador responsável, considera-se o projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões

Disponível em <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2022/>

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros √ Prédio das Pró-Reitorias √ Hércules Maymone √ 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.247.103

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

5) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

6) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

7) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

8) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

9) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

10) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

11) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

12) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.247.103

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

13) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às 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.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA RESPOSTA). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ̂ Prédio das Pró-Reitorias ̂ Hércules Maymone ̂ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.247.103

ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/

Observar se o atendimento as solicitações remeterá a necessidade de fazer adequação no cronograma da pesquisa, de modo que a etapa de coleta de informações dos participantes seja iniciada após a aprovação por este Comitê.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência.

Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2022, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2022/>

EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.247.103

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1817164.pdf	14/12/2021 11:24:22		Aceito
Outros	APENDICEB.pdf	14/12/2021 11:23:03	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	14/12/2021 11:19:09	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/12/2021 11:16:05	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/12/2021 11:14:48	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOLENA.pdf	14/12/2021 11:08:57	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
Outros	APENDICEE.pdf	03/11/2021 17:06:24	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
Outros	APENDICED.pdf	03/11/2021 17:04:04	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
Outros	ORCAMENTO.pdf	03/11/2021 16:50:45	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSO.pdf	10/09/2021 11:00:24	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
Declaração de concordância	AnuenciaSESAU.pdf	10/09/2021 00:38:55	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	10/09/2021 00:36:47	LENA LANSTTAI BEVILAQUA MENEZES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.247.103

CAMPO GRANDE, 16 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconepp@ufms.br