

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Sílvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues

Avaliação da Integração das Ações de Vigilância da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: uma Perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis

Rio de Janeiro

2022

Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues

Avaliação da Integração das Ações de Vigilância da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: uma Perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marly Marques da Cruz.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Angela Oliveira Casanova.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Evaluation of the integration of Covid-19 surveillance actions in primary health care: a perspective of Family Health teams in the municipality of Angra dos Reis.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

R696a Rodrigues, Silvia Isabel Pimenta Rosa.
Avaliação da integração das ações de vigilância da Covid-19 na atenção primária à saúde: uma perspectiva das equipes de Saúde da Família do município de Angra dos Reis / Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues. -- 2022. 137 f.

Orientadora: Marly Marques da Cruz.
Coorientadora: Angela Oliveira Casanova.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), ENSP/FIOCRUZ, 2022.
Bibliografia: f. 15-111.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Vigilância em Saúde Pública. 3. COVID-19.
4. Estratégias de Saúde Nacionais. 5. Avaliação de Implementação. I. Título.
CDD 616.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues

Avaliação da Integração das Ações de Vigilância da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: uma Perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 26 de Julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira
Universidade Federal da Bahia

Prof.^a Dra. Mirna Barros Teixeira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Angela Oliveira Casanova (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Marly Marques da Cruz (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho à minha filha Maria Laura pela doçura e compreensão em meus momentos ausentes, ao meu esposo André por todo carinho como maior incentivador e apoiador durante o processo, aos meus pais pelo amor e dedicação com que sempre acolhem meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus por seu amor e misericórdia em minha vida.

À minha filha amada Maria Laura por quem cada esforço vale à pena, sua existência me traz forças pra lutar. Obrigada por me ensinar a ser uma pessoa melhor a cada dia.

Ao meu amado esposo André pelo incentivo, apoio e compreensão nesta jornada, obrigada pela calma que você representa em minhas inúmeras tempestades.

Ao meu pai Jorge e minha mãe Laura meu agradecimento especial por cada ensinamento, gesto de carinho, pela excelente educação com que me criaram e por todo o amor que dedicaram. Obrigada por cada momento em que cuidaram da sua netinha para que eu conseguisse estudar e trabalhar.

À amiga Mayara que com sabedoria e gentileza me incentivou a ingressar no mestrado.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Marly pelo acolhimento, orientação, profissionalismo e competência. Por sua disponibilidade, palavras de incentivo, compreensão, sorriso e alegria que não esmoreceu e nem me permitiu esmorecer durante todo o tempo. Obrigada por seu sim, jamais esquecerei.

À minha coorientadora Prof.^a Dr.^a Angela por aceitar me acompanhar nessa trajetória partilhar seu conhecimento com doçura e paciência, sempre atenciosa e por tão gentilmente me atender a cada mensagem.

Aos docentes que me acompanharam nesse tempo partilhando seus conhecimentos e inspirando meus próximos passos.

Aos amigos do eixo de determinação (turma 2020) pelos trabalhos e disciplinas realizados em conjunto e, principalmente, pela preocupação e apoio constantes. Especialmente Ray, Tião, Mica, Edith e Isa que partilharam comigo vivências e angústias no ensino remoto durante essa pandemia para além dos estudos.

As colegas do grupo de estudo que gentilmente partilharam suas experiências.

Aos meus familiares e amigos pelo incentivo, orações e compreensão nos momentos ausentes.

Aos participantes da pesquisa e gestão da SMS/Angra pelo apoio neste estudo.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização dessa dissertação.

*O falar não se restringe ao ato de emitir palavras,
mas de poder existir. (RIBEIRO, 2017, p. 67)*

RESUMO

A pandemia por Covid-19 impôs a reinvenção dos serviços de saúde ampliando os desafios dos municípios na vigilância e controle da doença e suas consequências na saúde da população. O objetivo foi avaliar se as ações de vigilância da Covid-19 estão integradas com a Atenção Primária à Saúde na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família no município de Angra dos Reis. Foi realizada uma avaliação de implementação cuja estratégia metodológica foi a do estudo de caso, com seleção de caso único, abordagem qualitativa e característica formativa. A ênfase dada foi na conformidade dos processos e melhoria da intervenção considerando o contexto político e organizacional em âmbito local para a definição do grau de implementação. Os dados primários coletados foram das entrevistas semi-estruturadas realizadas em ambiência digital pelo distanciamento social; os dados secundários foram webinários com pesquisadores ou agentes governamentais que trataram sobre o tema, além da análise de documentos disponíveis em site da prefeitura do município estudado. Os critérios e indicadores definidos orientaram a análise de conteúdo do material coletado por tematização. As ações em sua maioria foram consideradas implementadas com destaque para o monitoramento de casos e contatos, a adaptação para retorno das atividades de rotina e a vacinação. Foi demonstrado planejamento administrativo e esforço pela integração das ações entre gestão e profissionais de saúde, porém os fatores que comprometeram permanecem impondo desafios e dificultando a ampliação da capacidade de resposta às emergências no nível territorial. Concluiu-se que as ações de vigilância da Covid-19 foram integradas a Atenção Primária a Saúde na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família através do monitoramento dos casos. Fica evidente o esforço das eSF no enfrentamento da pandemia nos territórios em que pese as inúmeras dificuldades já existentes e as que foram ampliadas no período. A estratégia da gestão da criação das “tendas” como ponto de referência para o atendimento exclusivo dos pacientes com sintomas respiratórios se demonstrou imprescindível para atenção em tempos oportuno, apesar das demais dificuldades existentes. Recomenda-se com o estudo a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes comunitários de Endemias para além da continuidade do cuidado, mas também como agente de apoio social às famílias em situação de vulnerabilidade e de vigilância comunitária, assim como a maior participação democrática dos profissionais de saúde na tomada de decisão.

Palavras-chave: avaliação de implementação; atenção primária à saúde; vigilância em saúde pública; Covid-19.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic imposed the reinvention of health services, expanding the challenges of municipalities in the surveillance and control of the disease and its consequences on the health of the population. The objective was to assess whether Covid-19 surveillance actions are integrated with Primary Health Care from the perspective of the Family Health Strategy in the municipality of Angra dos Reis. An implementation evaluation was carried out whose methodological strategy was the case study, with selection of a single case, qualitative approach and formative characteristic. The emphasis was on the conformity of the processes and improvement of the intervention considering the political and organizational context at the local level to define the degree of implementation. The primary data collected were from semi-structured interviews carried out in a digital environment due to social distancing; the secondary data were webinars with researchers or government agents who dealt with the topic, in addition to the analysis of documents available on the website of the city hall of the studied municipality. The defined criteria and indicators guided the content analysis of the material collected by theme. Most actions were considered implemented, with emphasis on monitoring cases and contacts, adaptation to return to routine activities and vaccination. Administrative planning and an effort to integrate actions between management and health professionals were demonstrated, but the factors that compromised remain imposing challenges and making it difficult to expand the capacity to respond to emergencies at the territorial level. It was concluded that Covid-19 surveillance actions were integrated into Primary Health Care from the perspective of the Family Health Strategy through case monitoring. The effort of the eSF to face the pandemic in the territories is evident, despite the numerous difficulties that already exist and those that were expanded in the period. The management strategy of creating “tents” as a point of reference for the exclusive care of patients with respiratory symptoms proved to be essential for timely care, despite the other existing difficulties. It is recommended with the study the qualification of Community Health Agents and Community Agents of Endemic Diseases, in addition to the continuity of care, but also as an agent of social support for families in situations of vulnerability and community surveillance, as well as greater participation democracy of health professionals in decision-making.

Keywords: implementation assessment; primary health care; public health surveillance; Covid-19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Planejamento das ações e governabilidade da gestão.....	66
Quadro 2 -	Organização do trabalho na ESF para enfrentamento da pandemia – gestão.....	69
Quadro 3 -	Organização do trabalho na ESF para a continuidade do cuidado – gestão.....	73
Quadro 4 -	Rede de atenção à saúde (RAS) na assistência ao paciente com quadro moderado e grave de covid-19 e vacinação contra a covid-19 – gestão.....	75
Quadro 5 -	Reflexões, recomendações, sugestões de melhorias e experiências – gestão.....	76
Quadro 6 -	Proteção à saúde dos profissionais de saúde e insumos para o enfrentamento à Covid-19.....	79
Quadro 7 -	Organização do trabalho na unidade para enfrentamento da pandemia.....	82
Quadro 8 -	Organização do trabalho para a continuidade do atendimento aos usuários.....	86
Quadro 9 -	Autonomia e Integração entre VS e APS.....	87
Quadro 10 -	Reflexões, dificuldades, recomendações, sugestões de melhorias e experiências	89
Quadro 11 -	Modelo Teórico da Avaliação de Implementação.....	92
Quadro 12 -	Matriz de análise do grau de implementação.....	94
Quadro 13 -	Contexto Político Organizacional	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População residente por distrito sanitário.....	45
Tabela 2 - Rede de Atenção à saúde pública de Angra dos Reis – 020.....	45
Tabela 3 - Número de profissionais entrevistados por Distrito Sanitário.....	48
Tabela 4 - Perfil dos Entrevistados	60
Tabela 5 - Perfil das Unidades	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate à Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
ECnR	Equipe de Consultório na Rua
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESP	Emergência em Saúde Pública
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FN-SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nutefe	Núcleo de Tratamento Especializado em Feridas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPGSP	Programa de Pós Graduação em Saúde Pública
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional no SUS
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TM	Telemedicina
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	JUSTIFICATIVA.....	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
4.1	A INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	23
4.2	VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DA COVID-19.....	29
4.3	AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO, VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	35
5	METODOLOGIA.....	38
5.1	PERGUNTAS AVALIATIVAS.....	38
5.2	ABORDAGEM AVALIATIVA.....	38
5.3	DESENHO DO ESTUDO.....	40
5.4	SELEÇÃO DO CASO.....	41
5.5	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	46
5.6	ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	52
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
6.1	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES: PERFIL DOS ENTREVISTADOS E DAS UNIDADES.....	55
6.2	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA COVID-19 NO ÂMBITO DAS ESFS SEGUNDO A GESTÃO.....	64
6.3	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA COVID-19 NO ÂMBITO DAS ESFS SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF E ACES.....	78
6.4	DEFINIÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO.....	91
6.5	DEFINIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO ORGANIZACIONAL.....	97
7	CONCLUSÃO.....	102
	REFERÊNCIAS.....	104

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS I.....	112
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS II.....	114
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS III.....	119
APÊNDICE D –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I (TCLE).....	125
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II (TCLE).....	128
APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD).....	131
APÊNDICE G – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL.....	132
ANEXO 1 – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL SMS/ ANGRA DOS REIS.....	133
ANEXO 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A DADOS SMS/ ANGRA DOS REIS.....	134
ANEXO 3 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A CONTATOS SMS/ ANGRA DOS REIS.....	135

APRESENTAÇÃO

Desde 2002 vivencio o dia a dia como profissional da saúde ao iniciar minhas atividades como técnica em enfermagem. Em 2009 concluí o Bacharel em Enfermagem, desde então, vivenciei as realidades dos setores privado e público. Fiz especialização em Administração Hospitalar e Auditoria no período em que atuei na Saúde Suplementar até 2014. Após esse período atuei na Secretaria de Saúde do Município (SMS) de Angra dos Reis, na coordenação de Regulação em Saúde onde tive a oportunidade de me especializar em Regulação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), pelo *Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional* (PROADI-SUS) o que me propiciou a participação em um GT de regulação em saúde municipal permitindo a aproximação da teoria a ação pois colocamos em prática o projeto: “A construção da informação como ferramenta de articulação e integração da rede de atenção à saúde”, que foi premiado com o 3º lugar na modalidade oral da I Mostra Estadual de Práticas de Saúde do *Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio (Cosems RJ)/IdeiaSUS-Fiocruz* do V Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em 2019 e posteriormente lançado no livro *Ideia SUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde* pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes/Fiocruz em 2020).

Na trajetória profissional tive a oportunidade de trabalhar em cenários de saúde extremamente diferentes e me identifiquei com os desafios da saúde pública, procurando sempre que possível integrar a teoria e a prática entre o cenário de trabalho, as legislações em saúde e a aprendizagem. Atualmente me dedico integralmente à formação acadêmica na pós graduação em saúde pública.

O cenário mundial com a Pandemia por Covid-19, que vem deixando um legado cada vez maior em número de óbitos e sobrecarga do sistema de saúde, reforça de forma extrema os desafios existentes para o controle dos impactos causados na sociedade e na saúde da população. Enquanto enfermeira, mestranda acadêmica em Saúde Pública, mulher, mãe pretendo contribuir mais através da pesquisa em defesa do SUS, da vida e da dignidade humana.

1.INTRODUÇÃO

O mundo todo vem enfrentando um dos maiores desafios sanitários que culminou em uma crise humanitária sem precedentes, a pandemia da Covid-19. Essa doença é causada pelo novo coronavírus identificado como SARS-CoV-2, pertencente a uma família de vírus que causam infecções respiratórias. Os primeiros casos foram identificados em trabalhadores de um mercado de animais na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China, ainda no final de 2019 (Giovanella et al, 2020; OMS, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia por Covid-19 em 11 de março de 2020. Dentre as recomendações operacionais disponíveis aos governos para gestão e vigilância da *Covid-19* incluíam-se, além da necessidade de equipar o ambiente hospitalar para casos graves, o rastreamento, triagem e monitoramento de suspeitos e confirmados pelos centros de saúde primários e de comunidade. Seis meses depois, no período de iniciação do estudo, já haviam sido confirmados 27.578.520 casos de Covid-19 e 902.669 mortes no mundo (OPAS, 2020).

Em dezembro de 2021, período final da coleta dos dados do estudo, o número de casos no mundo era de 270.155.054 e no Brasil 22.193.479. O número de óbitos no mundo atingiu 5.305.991 e o Brasil ficou em terceiro lugar dentre os países com maior número de óbitos, atrás apenas dos Estados Unidos e Índia, com 617.095 óbitos (DASA, 2021).

Desde os primeiros casos, foram evidenciados inúmeros desafios dos diversos sistemas nacionais de saúde em todos os continentes, com destaque para a necessidade de conter a disseminação do vírus e conseqüentemente da doença. Nesse aspecto onde é primordial conter a disseminação é preciso detectar precocemente os casos suspeitos para tomar as medidas de intervenção pertinentes. A Vigilância em Saúde (VS) tem esse papel, mas que no sentido de decisão-ação precisa ser executado inicialmente pelos serviços de saúde que recebem os casos suspeitos e orientam a conduta em relação a doença (BRASIL, 2010)

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) declarou estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) já em 03 de fevereiro de 2020 atendendo o preconizado pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), antes mesmo da confirmação do primeiro caso da doença em 26 de fevereiro de 2020 (CAVALCANTE JR et al., 2020)

O país vem enfrentando desde então, um complexo cenário epidemiológico com inúmeras conseqüências políticas, econômicas e sociais. É importante salientar que o Brasil

possui grande extensão territorial, de dimensões continentais e com múltiplos fatores, como a desigualdade socioeconômica, que contribuem para a situação de extrema vulnerabilidade de parcela significativa da população. (BARCELLOS., 2020)

Diante de mais uma doença infectocontagiosa como a Covid-19, de proporção ainda em curso, imperou que fossem implementadas ações de vigilância em saúde que visassem mitigar os riscos e conter o avanço da transmissão do vírus. Em um esforço global por tratar-se de uma pandemia, mas que devia ser realizado de forma a respeitar as capilaridades e peculiaridades de um país de dimensão continental como o Brasil.

Na contramão do preconizado, o discurso negacionista e as práticas controversas adotadas pelo Governo Federal desde o início da pandemia desvalorizando a gravidade da doença, seus riscos, opondo-se às medidas sanitárias não farmacológicas como uso de máscaras, distanciamento social e isolamento, entre outras ações negacionistas, tiveram como consequência o rápido aumento do número de casos e óbitos, além de dificultar as tomadas de decisão dos demais níveis federativos, gestores e profissionais de saúde, bem como a população no enfrentamento da Covid-19 (HUR et al., 2021)

Dentre os inúmeros desafios do SUS, que foram enfrentados no combate à Covid-19 no Brasil, destacou-se na perspectiva da VS, a intensificação da necessidade da integração de suas ações à Atenção Primária à Saúde (APS), considerando que no contexto dessa doença muitas pessoas se apresentaram assintomáticas ou oligossintomáticas e estavam presentes nos territórios.

Foi preciso considerar que nos últimos anos a APS já vinha tentando superar uma prática recorrente, o modelo biomédico, que centraliza o atendimento na doença e não na pessoa. Na tentativa de integrar suas práticas na construção de objetivos comuns e que orientem o trabalho sem perder o conhecimento e benefícios conquistados na trajetória a APS vêm buscando formas de adotar uma postura que identifique as necessidades de prevenção e as assistenciais, considerando o contexto e superando métodos meramente prescritivos (OLIVEIRA&CASANOVA, 2009).

As *equipes de Saúde da Família* (eSF) têm em sua rotina a atenção aos principais problemas de saúde-doença da população, incluindo atenção aos agravos endêmicos e enfrentamento de epidemias. Neste contexto, as equipes são fundamentais na prevenção e manejo das doenças infecciosas. Os profissionais de saúde têm o desafio de trabalhar para o desenvolvimento da consciência sanitária dos gestores municipais de saúde, para que priorizem as ações de saúde pública e trabalhem na perspectiva de desenvolvimento da vigilância em saúde (BRASIL, 2009).

A Covid-19 no Brasil teve seus primeiros casos registrados nas grandes capitais, onde os primeiros sintomáticos foram pessoas oriundas de viagens a outros países que já possuíam a doença em curso, como a Itália por exemplo. Em seguida passou por um processo de interiorização das metrópoles para as cidades médias e centrais e finalmente para as cidades pequenas e remotas.

Em meados de 2020 quando o município do Rio de Janeiro apresentou alguns sinais de redução do número de casos e internações na “primeira onda” de casos e óbitos por Covid-19, as cidades do interior do estado iniciaram sua ascensão nas curvas. Neste cenário está incluído o município de Angra dos Reis, recorte do presente estudo. Ainda em meados de 2020, a flexibilização do distanciamento social e da retomada das atividades econômica na capital acontecia de forma paralela. (Christovam Barcellos, “comunicação pessoal”, 23 de julho 2020).

Nesse contexto é importante lembrar que em cidades menores é mais evidente a atuação da APS, em especial as *Estratégias de Saúde da Família* (ESFs) que atuam nos territórios sob o ponto de vista de extensão geográfica. Em tese implementar ações de vigilância seria mais fácil nesses cenários. Sendo assim esses municípios podem servir como amostra para macrorregiões e grandes capitais que também precisam repensar sua territorialização.

O presente estudo teve como base a vigilância em saúde, no nível local, tomando como recorte as ações realizadas em um município do interior do Rio de Janeiro, Angra dos Reis que possui um histórico potente de vigilância à doenças emergentes como Chikungunya, Zika e febre amarela e recorrentes como sífilis congênita ou adquirida, AIDS, Tuberculose, Hanseníase, inclusive um surto de Leishmaniose que como os demais municípios do país teve seus serviços colocados à prova e os desafios de uma vigilância em saúde territorializada aumentados com a atual pandemia.

Angra dos Reis registrou o primeiro caso de Covid-19 em 14 de março de 2020. Em 26 de abril de 2020, o número de casos confirmados era 591 e foram iniciadas as ações de monitoramento. Em dezembro de 2020 esse número chegou a 30.000 casos dentre suspeitos e confirmados, 231 óbitos e 60% dos leitos hospitalares ocupados (ANGRA DOS REIS, 2020).

A velocidade crescente do número de casos reforçou a importância da descentralização das ações de vigilância em saúde especialmente para atuação nos

territórios.

A APS é considerada como porta de entrada preferencial dos usuários e teoricamente a ordenadora do fluxo assistencial por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que desde sua implantação até os dias atuais vem se remodelando e recebendo novas diretrizes, porém sempre com o reconhecimento de que é o início do fio condutor do acesso do usuário e da comunidade, constituindo a primeira linha de atenção, e portanto um dos principais serviços da rede de atenção especialmente em situações doenças emergentes como a Covid-19.

Valer-se das estratégias conhecidas e bem sucedidas da VS brasileira, porém levando em consideração as particularidades territoriais, integrando essas ações ao dispositivo da ESF poderia significar uma resposta mais efetiva contra a Covid-19 e por conseguinte inúmeras vidas salvas.

Quando os gestores locais têm conhecimento dos desafios e potencialidades de suas unidades de ESF e de suas ações de vigilância na perspectiva do território, com participação dos demais atores envolvidos no processo, podem ampliar o embasamento para a tomada de decisão, além de estimular uma condução gestora mais democrática. Outro ponto positivo é que o conhecimento do processo pode viabilizar a construção de planos de contingência com desenhos mais eficazes e implementação de ações mais efetivas na vigilância de endemias, epidemias e pandemias, como a atual por Covid-19.

Mesmo entendendo que planos precisam obedecer às diretrizes Estaduais e do Ministério da Saúde e não desconsiderando tal importância, é preciso reconhecer que estes mesmos planos precisam ser adaptados à realidade e heterogeneidade de cada região, e mais ainda do território. Que precisa ser visto além de uma extensão geográfica como um espaço de relações de pessoas, que precisa ser de responsabilidade e atuação compartilhada (Monken e Barcellos, 2005).

Portanto, para traduzir maneiras efetivas da VS acontecer torna-se imprescindível que exista a integração entre esta e as eSFs e que suas ações sejam orientadas por aspectos coletivos e intersetoriais que possam dar suporte à vida da população.

No município estudado já estava previsto no Plano Municipal de Saúde, vigente, a meta de criação de Comitê Intersetorial da Vigilância em Saúde e Atenção Básica com o objetivo de construir ações através de cruzamento de dados epidemiológicos. No plano de contingência para a Covid-19 constava a proposta de monitoramento de todas as síndromes gripais por parte da VS com o apoio da APS. O que supõe que durante a pandemia as ações

de enfrentamento deveriam acontecer de forma integrada (ANGRA DOS REIS, 2020).

Considerando a importância de conhecer “se” e “como” essas ações estavam integradas contemplando ainda os aspectos da determinação dos processos saúde e doença, realizar uma avaliação em saúde que contemplasse a multiplicidade dos elementos contextuais da avaliação contemporânea.

A pesquisa teve como *objeto de estudo as ações de Vigilância à Covid-19 integradas à Atenção Primária à Saúde pela estratégia de saúde da família no Município de Angra dos Reis, no período entre março de 2020 e dezembro de 2021.*

Como perguntas norteadoras do estudo foram realizados os seguintes questionamentos: Como se integraram as ações de vigilância em saúde e atenção primária no enfrentamento da Covid-19, na perspectiva da estratégia de saúde da família, no Município de Angra dos Reis? Quais são os aspectos do contexto organizacional, político interno e externo (vulnerabilidades da população) que explicam se a integração das ações são efetivas?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar se as ações de vigilância da Covid-19 estão integradas com a Atenção Primária à Saúde na perspectiva das Equipes de Saúde da Família no Município de Angra dos Reis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1º Identificar as ações de vigilância utilizadas na atenção primária à saúde no município.

2º Analisar a conformidade e a adequação das ações na resposta à Covid-19.

3º Analisar o grau de implementação das ações na resposta à Covid-19.

4º Investigar os fatores do contexto político e organizacional que facilitaram ou comprometeram a atuação da atenção primária à saúde nas ações de vigilância à Covid-19.

3. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, desde a implantação da ESF em Angra dos Reis, foram inúmeros os esforços de suas equipes na realização do seu papel sanitário contribuindo com a vigilância em saúde, tanto na estruturação como na implementação efetiva dos planos de contingência contra surtos endêmicos recorrentes na região.

O município de Angra dos Reis é distribuído em cinco distritos sanitários que facilitam a organização do sistema de saúde com abrangente densidade demográfica e grandes áreas de periferia e comunidades em situação de vulnerabilidade, população caiçara, remanescente indígena e quilombola, dentre outros fatores importantes de impacto na saúde dos indivíduos sob o ponto de vista dos aspectos territoriais.

A motivação para o estudo se deu enquanto profissional enfermeira, que já atuou na Regulação em Saúde no município de Angra dos Reis, e considerando as eSFs e suas ações territoriais como essenciais no enfrentamento de doenças como a Covid-19, especialmente em relação às ações de VS que conferem responsabilidade sanitária a APS.

O acolhimento aos usuários de distintas áreas, a facilitação do acesso para ordenamento do fluxo, a referência na informação dos mesmos torna os profissionais da APS, especificamente das eSFs, atores de relevância no desenho e implementação de planos de contingência contra emergências em saúde. Realizar um estudo que permita avaliar as ações de vigilância durante a pandemia por Covid-19 e tendo como base na operacionalização a ESF poderá contribuir para o fortalecimento da APS e dos atributos de prática comunitária que atendam a população em suas múltiplas vulnerabilidades.

Além de contribuir com a gestão pela avaliação de pontos fortes e oportunidades de melhorias que possa fundamentar futuras decisões pelo reconhecimento de lacunas que possam interferir para que o processo de integração realmente ocorra. Especialmente no que tange a construção e implementação de fluxos, processos, protocolos, planos de contingência e até alocação de recursos que são demandas urgentes durante emergências em saúde.

A abordagem, a que se pretendeu o estudo envolveu a possibilidade de reconhecer e fortalecer as ações territoriais de competência da APS, bem como a integração da rede de serviços de VS e os profissionais envolvidos.

De importância aos gestores locais como ferramenta de subsídio para implementação e monitoramento das estratégias territoriais de atenção e vigilância à saúde bem como para tomada de decisões uma vez que a avaliação em saúde viabiliza a produção de conhecimento que implica na reorientação de serviços.

Também aos profissionais como forma de integração e proposta de autonomia nos processos a ampliação de sua participação democrática nas decisões.

Para a população pelo estímulo à implementação e ajuste de estratégias que produzam saúde, nos territórios, contemplando os determinantes sociais da saúde com abordagem mais ampla, menos prescritiva e punitiva na relação com os modos de vida individuais.

E finalmente destaco a relevância para o ensino pela produção do conhecimento acerca dos processos e instrumentos da avaliação em saúde como estratégia de negociação e promoção de melhoria das práticas de saúde pública.

Importante ressaltar que estudos avaliativos nesse contexto ainda são poucos no país e especialmente na região proposta. O estudo poderá servir como ferramenta de disseminação de estratégias inovadoras e possivelmente exitosas para outros municípios e também em meio acadêmico. Além da possibilidade de divulgar a experiência de descentralização da VS de Angra dos Reis como apoio e compartilhamento de tecnologias e ações de cuidado na região.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As primeiras intervenções estatais no campo da prevenção e controle de doenças, desenvolvidas sob bases científicas modernas, datam do início do século XX e foram orientadas pelo avanço da era bacteriológica e pela descoberta dos ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2009).

O século XXI trouxe consigo o aumento da preocupação internacional com as doenças infecciosas, disseminação e propagação de agentes etiológicos. Tal fato culminou em um novo conceito: as emergências em saúde pública conforme o RSI aprovado na Assembleia Mundial da Saúde (OMS, 2008).

O grupo de doenças transmissíveis oferece desafios aos seus programas de controle e prevenção pela introdução de novas doenças, ou de agentes que sofrem modificações genéticas e se disseminam rapidamente por meio das populações de países e continentes, a exemplo do vírus da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 (BRASIL, 2010) e atualmente com a pandemia por Covid-19. E para além das questões genéticas a realidade social de cada país acometido, por uma pandemia vai influenciar no sucesso ou insucesso das ações de enfrentamento.

São denominadas de emergentes as doenças que surgiram, ou foram identificadas, em período recente, ou que assumiram novas condições de transmissão, seja por modificações das características do agente infeccioso, seja passando de doenças raras e restritas para problemas de saúde pública (BRASIL, 2010).

Especificamente sobre as doenças classificadas como emergentes é que encontra-se a necessidade do fortalecimento das estratégias emergenciais de controle das endemias, epidemias e pandemias pois estas precisam do total comprometimento das equipes de saúde da família no novo aprendizado acerca de tal agravo e de seu relacionamento com o usuário na introdução de novas informações a serem trabalhadas para prevenção, novo manejo clínico a ser implantado na unidade de saúde, adaptação a novo ordenamento de fluxos e finalmente novas notificações.

Mesmo com a melhoria das condições socioeconômicas da população e o advento de vacinas e antimicrobianos no século XX, as doenças infecciosas são responsáveis anualmente por cerca de 10 milhões de óbitos no mundo (OMS, 2008). Implantar propostas que permitam maior controle de tais doenças deve estar além dos aspectos biofísicos da

epidemiologia, perpassando pelo entendimento e intervenção das questões que são determinantes dos processos de saúde e doença.

A saúde pública no Brasil passou por grandes avanços na luta contra a AIDS por exemplo, e redução de outras doenças como o sarampo, a meningite e a poliomielite. Ao longo da história é possível identificar que apesar dos casos de mortalidade a saúde apresentou crescimento e destaque no campo da saúde pública, especialmente com as vacinas e no advento do SUS, que tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade objetiva a ampliação da população assistida na prevenção e tratamento das doenças infecciosas e epidêmicas.

Segundo Moura (2012) epidemia representa a ocorrência de um agravo acima da média (ou mediana) histórica de sua ocorrência, de aparecimento súbito em determinada área geográfica. Além dos programas e das atividades rotineiras dos serviços de vigilância em saúde, as Emergências em Saúde Pública (ESP) como surtos e epidemias demandam destes serviços uma organização especial, adequada e oportuna a fim de proteger a população e reduzir os danos à saúde (TEIXEIRA et al., 2018).

Situações epidemiológicas, desastres e desassistência são situações que desencadeiam a necessidade de declaração de ESP de interesse nacional, gerando portanto a necessidade de acionamento da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN- SUS), instituída pelo Decreto Nº 7616/2011, para o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

Primeiramente é importante considerar a *Portaria 1.378/2013* que passa a regulamentar as responsabilidades e *define as diretrizes para execução e financiamento das ações de VS nas três esferas governamentais* abrangendo o sistema nacional de vigilância em saúde e o sistema nacional de vigilância sanitária. Especificamente:

Art. 30. A integração com a atenção à saúde é uma das diretrizes a serem observadas, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, com vistas a racionalizar e melhorar a efetividade das ações de vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e promoção em saúde (Portaria n.1.378, de 09 de julho de 2013).

Pela característica principal da VS em analisar permanentemente a saúde da população, ela participa da gestão do risco norteando as decisões técnico, administrativa e de construção de saberes. Assim este programa de saúde fica como um dos principais envolvidos na organização da resposta frente à uma emergência em saúde desde a esfera nacional até as ações em âmbito local. Dentre os vários planos de contingência definidos

pela VS um instrumento que vale observar é o plano de resposta às emergências em saúde pública (BRASIL, 2014). Acionado e adaptado para fazer frente à atual pandemia da Covid-19, dos objetivos contidos no referido plano destacam-se dois para este estudo: alinhar processos e ações e tomar decisões.

Essa conceituação no Brasil permitiu um enfoque da VS especialmente no que tange às medidas para aperfeiçoamento dos seus sistemas para melhoria da detecção, preparação e resposta das emergências em saúde pública.

A VS se relaciona historicamente aos conceitos de saúde e doença de acordo com tempo e lugar, prática de atenção aos doentes e ações definidas para controle de transmissão de doenças e redução de riscos, e atualmente incorporada ao conceito de determinantes sociais da saúde abrangendo habitação, transporte, condições de vida, trabalho, etc. na orientação de ações intersetoriais (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

Pensando o *aspecto técnico-operacional* a VS ao reconhecer o território como fundamental e com uma visão mais integral do processo de saúde-doença propicia a reorientação do processo de trabalho construindo espaços onde se busca definir problemas, prioridades e os meios de atender às necessidades daquela população, orientada pelo território, problemas e práticas de saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Paradoxalmente ao conceito atual, a prática da VS ainda está pautada no modelo epidemiológico biofísico e hegemônico focado na análise e redução de riscos, de maneira fragmentada sem efetivamente articular suas esferas de epidemiologia, sanitária e meio ambiente e integrar sua operacionalização com a APS a fim de contemplar a complexidade dos problemas e necessidades da população, conforme preconizado para a reorganização do modelo assistencial do SUS com ações intersetoriais (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

A complexidade do cenário epidemiológico e dessas formas de gestão foram pautadas no estudo de Oliveira e Cruz (2015) evidenciando a importância de maior organicidade para desencadear ações oportunas que auxiliem efetivamente na redução ou eliminação de riscos à saúde da população e aumentem a capacidade de resposta do sistema de saúde, com o pressuposto de uma abordagem de Vigilância em Saúde com a articulação dos dispositivos epidemiológico, sanitário e ambiental. Dando um enfoque ampliado para melhor instrumentalizar as intervenções, considerando especialmente os fatores críticos dessa relação bem como o foco normativo e centralizador que permeia esses espaços.

A proposta de integração da VS e a APS visa acompanhar de forma efetiva as populações mais vulneráveis ainda no território que é um dos grandes desafios de gestores e

demais profissionais do SUS.

Estabelecida a ideia de uma vigilância em saúde articulada e descentralizada, é preciso viabilizar maneiras para que o exercício das atividades dessa área consiga ir além de uma vigilância pautada na rotina de investigação de casos, transmissão de dados a outros níveis de atenção e construção de bases de sistemas de informação (OLIVEIRA&CRUZ, 2015).

Essa integração entre VS e APS vêm sendo objeto de estudiosos no tema e recomendada em iniciativas em defesa do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo do relatório *30 anos de SUS, que SUS para 2030* que recorda:

“As ações de vigilância em saúde no Brasil derivam diretamente de alguns princípios constitucionais, a saber: (a) o disposto no Art. 196, que preconiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, em termos de promoção, proteção e recuperação” (OPAS/OMS BRASIL, 2018).

Fausto e Matta (2007) afirmaram que a APS deve ser considerada a base que determina o trabalho dos outros níveis do sistema de saúde devendo ser compreendida como estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção do SUS.

A integração da VS e a APS também pode ser vista como uma maneira de acompanhar de forma efetiva as populações mais vulneráveis ainda no território que é um dos grandes desafios de gestores e demais profissionais do SUS. As equipes de saúde da família precisam assumir a responsabilidade sanitária no território, pela integração com as ações de VS que devem ser orientadas pela territorialização a fim de ampliar o conhecimento dos determinantes e condicionantes processos de saúde-doença (BRASIL, 2017)

São muitos os desafios para promover saúde, mas estes ultrapassam as questões biomédicas abrangendo aspectos sociais, econômicos e políticos. E dentre os serviços que merecem a atenção dos gestores em saúde, e que podem fortalecer as ações emergenciais de controle de endemias, epidemias e pandemias, a APS merece destaque. Especificamente pelo dispositivo das eSF, uma vez que alguns dos papéis desse bloco do sistema são peças chave para o enfrentamento das emergências, como ordenar a porta de entrada do usuário para os demais níveis de atenção, identificar potenciais de contaminação, fornecer informação à população atendida, quanto aos aspectos preventivos das doenças infecciosas, início de manejo diagnóstico e clínico, monitoramento de casos em ambiente domiciliar, vacinação, entre outros.

Um papel chave das equipes de saúde da família envolve a adequada coleta de dados

para as notificações de agravos, mas que muitas vezes só ocorre pela particularidade do vínculo que essa equipe possui com as pessoas nos territórios e que permitirão posterior construção de informação em saúde, a fim de adotar medidas de intervenção adequadas, bem planejadas e em tempo hábil.

Oliveira e Casanova (2009) defendem a estratégia de operacionalizar a vigilância no âmbito da APS utilizando como ponto de intersecção a territorialidade, onde o mapeamento do espaço de vida possa ser um diferencial à superação das desigualdades de cobertura acesso e qualidade. Essa territorialidade além de base da VS deve ser entendida não apenas como espaço geográfico, mas incluir os aspectos político, de relações sociais onde se misturam as relações de trabalho, educação, renda, cultura e meio ambiente e que conformam os processos saúde-doença.

Neste sentido a VS pode ser pensada enquanto modelo de atenção de maneira a integrar as ações de promoção, prevenção e assistenciais e atua de maneira intersetorial e sobre um território. A VS se ressignifica enquanto estratégia de prática (GUIMARAES et al., 2017).

Apesar da trajetória, no âmbito da territorialidade, entre VS e APS, vir se reestruturando ao longo dos anos, levando importantes benefícios para a saúde da população, esses aspectos positivos vêm encontrando barreiras contraditórias como formulações biomédicas e sanitárias restritivas, com foco em controle de corpos e imposições de um estado capitalista e autoritarista. Neste sentido faz-se necessário o resgate de questões que vem produzindo desmontes no Sistema Único de Saúde em especial na APS (GOMES&MERHY, 2020).

A APS no Brasil foi reformulada pela Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, que apesar de definir que esta é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território, essa Portaria também intensificou os desafios do SUS por trazer um conjunto de mudanças alterando negativamente a modelagem da APS e despriorizando as ESFs.

A flexibilização proposta no novo modelo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerando o período de escassez de recursos, pode levar a redução dos serviços bem como de sua qualidade, tendendo a enfraquecer esse nível de atenção diante dos expressivos cortes financeiros. A flexibilização das equipes de ESF, que permite a redução de profissionais, fragmentação da carga horária, uso de recursos da APS em outras áreas e

serviços, além de redução dos requisitos mínimos de profissionais para atender a população nos territórios. Esses efeitos danosos podem acarretar na perda de milhares de vidas que poderiam ser evitadas (PAES-SOUSA et al., 2018; MASSUDA&PINTO, 2020).

Além disso, os custos em saúde pública vem sendo reduzidos desde 2016 com a Emenda Constitucional (EC 95/ PEC 55/ PEC 241), que congelou os investimentos públicos em saúde por 20 anos e intensificou o subfinanciamento do sistema. É possível observar nesse contexto um processo de desmonte do SUS evidenciando uma política de austeridade no país (MASSUDA et al. 2018).

Outro fator importante a ser considerado é a longa experiência de terceirização da gestão, por meio das Organizações Sociais da Saúde (OSS) em muitos municípios e que através da nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) tem como foco centrais a contratação de profissionais ou até terceirização de parte dos serviços possibilitando precificar as ações mediante carteira de serviços já definida para o Território Nacional, e com financiamento por capitação e avaliação em restrito rol de indicadores, o que direciona esse nível de atenção para uma larga escala de privatização favorecendo sua mercantilização. (GOMES&MERHY, 2020).

O novo modelo de financiamento da APS, que substitui o Piso de Atenção Básica fixo e variável por incentivo às eSF por um pagamento por capitação ponderada, calculado pelo número de pessoas cadastradas a equipes poderão ter efeitos mais danosos ao modelo assistencial da ESF. Considerando que serão contabilizados para o financiamento o número de pessoas cadastradas no território, é preciso ponderar as fragilidades que os municípios possuem quando se tratam de cadastros, bem como o princípio da universalidade que prevê atendimento a todos, independentemente do cadastramento (GIOVANELLA et al, 2020).

Instituído por meio da Portaria Nº 2,979, em novembro de 2019, pelo atual governo, o programa “Previne Brasil” substituiu os critérios até então utilizados. Instrumentos de gestão por captação e avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF, podem gerar impactos negativos e desastrosos. Sem a devida adequação ao modelo lógico e estudo de experiências correspondentes ao que se quer implementar, pode desvirtuar aspectos positivos dos instrumentos e ampliar seus possíveis efeitos negativos, por exemplo, a possibilidade de reduzir os recursos da APS em regiões de grande necessidade, a imposição de barreiras no acesso de pessoas não cadastradas, a redução da qualidade dos serviços, tanto em seu escopo como na atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam

contemplados previamente para avaliação, além da possível sobrecarga de outros níveis de atenção do SUS. (MASSUDA&PINTO, 2020).

Ainda em relação às propostas do programa “Previne Brasil” o cadastro de usuários pode impactar negativamente na VS pondo fim a responsabilidade sanitária das equipes por área de abrangência, como princípio fundamental da organização da APS, pelo enfraquecimento do modelo de base no território e aumento da competição entre as equipes de saúde (GIOVANELLA et al, 2020).

Todas essas questões somadas ao momento atual da pandemia por Covid-19 intensificou a urgência em se pensar estratégias para superar tais dificuldades e fortalecer, expandir e qualificar a APS com descentralização, regionalização e participação social, como forma de resgatar os princípios de universalidade, equidade, integralidade (BARCELLOS, 2020).

As reduções orçamentárias sejam elas por deliberações específicas para tal, ou por efeitos restritivos como a EC 95 vem acarretando ao Ministério da Saúde o aumento de conflitos distributivos internos na definição da aplicação de recursos nas diferentes áreas, o que desfavorece ainda mais a APS, em detrimento de áreas de maior interesse das iniciativas privadas como a média e alta complexidade, demonstrando peso maior na alocação de recursos, como a própria pandemia vem confirmando no Brasil (GOMES&MERHY, 2020).

Diante de tantas mudanças, confusões nos processos administrativos, disputas políticas, riscos em relação ao produção de cuidado a APS está ameaçada correndo o risco de reversão de conquistas históricas como a redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e tal ameaça se apresentou bem em meio à pandemia por Covid-19, deixando ainda mais incerto o cenário e o tamanho do retrocesso.

4.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19

A pandemia pela COVID-19 revelou-se um dos maiores desafios sanitários e humanitários do século XXI, seja pelo restrito conhecimento sobre o vírus SARS COV2, a velocidade de sua transmissão mas também pela sua letalidade e alta capacidade de variação. Iniquidades como pobreza, fome, desemprego, baixa renda são ainda mais evidenciados pela pandemia e contribuem no aumento da incidência e letalidade dentre as populações mais vulneráveis.

Um estudo, comandado por Ballard et al (2020), analisou quatro regiões da OMS

quanto às ações de proteção dos profissionais de saúde, interrupção do vírus, manutenção de serviços de saúde, durante o aumento da capacidade instalada e proteção dos mais vulneráveis a choques socioeconômicos, e trouxe reflexões quanto aos desafios, muitos já conhecidos, nas decisões das políticas públicas, porém evidenciados pela pandemia.

O que pôde ser observado como consenso no Brasil e no Mundo é que a pandemia por Covid-19 afetou de maneira desproporcional as pessoas em situação de vulnerabilidade e baixa renda, o que sugeriu que os países lançassem mão dos dispositivos de atenção primária à saúde e à comunidade a fim de ampliar a capacidade de resposta em casos de emergências como essa (BALLARD et al., 2020).

Sendo recomendado portanto, aumentar os investimentos na avaliação dos danos das decisões políticas de diferentes perspectivas, além de referir-se a importância dos esforços intersetoriais no ambiente acadêmico sob a égide da transparência na avaliação das estratégias de saúde pública no combate a Covid-19, com o objetivo de contribuir com os governos e visando proteger a saúde das populações.

Na Europa, por exemplo, um estudo apresentou a pressão sofrida para conter o contágio da Covid-19 que culminou na ampliação do uso da Telemedicina (TM), pelos serviços de APS. A TM vem sendo utilizada de maneira complementar ao atendimento tradicional, em tempos em que se preconiza o distanciamento social. Ressalvando as diversas dificuldades que o uso de tal recurso impõe, como por exemplo, dificuldades de acesso aos usuários que não possuem acesso à Tecnologia da Informação. Vale destacar, que na Europa a APS é composta por todos os serviços de saúde de primeiro contato com o usuário. (GARATTINI et al, 2020).

Portugal segundo analisou Sousa (2020) possui um Sistema Universal, com forte atuação da APS, que convive com um “subsistema” privado (seguro saúde e desembolso direto) e alinhou o conhecimento acumulado com epidemias anteriores traçando estratégias com foco na identificação precoce dos casos, seguimento clínico adequado (por sistema de informação Trace Covid-19) e efetiva vigilância de contatos dos casos confirmados. Manteve a taxa de ocupação de leitos de UTI em até 65% até o fechamento da análise do autor.

Em uma outra experiência exitosa no mundo um estudo sobre a Austrália demonstrou que em seu planejamento o governo tomou medidas com base em experiências de epidemias anteriores e valorizando a APS tendo como ações: a proteção dos mais vulneráveis respeitando a singularidade das populações nos territórios (especificamente idosos, ilhéus,

tribos aborígenes, deficientes e pessoas em cuidados paliativos); provisionamento de tratamento e suporte das pessoas afetadas; continuidade dos serviços regulares de saúde para as demais enfermidades; proteção, suporte e capacitação dos profissionais da atenção primária; oferta de serviços de suporte à saúde mental dos profissionais, além de testagens em massa. O resultado da adoção de medidas rigorosas, rápidas e eficazes foi uma população aderente as medidas de controle da disseminação, hospitais que não foram sobrecarregados, deixando a Austrália dentre os países com menor número de casos confirmados e óbitos por covid-19 (KIDD, 2020).

Um outro estudo continental, este sobre a América Latina, analisou as medidas de enfrentamento da Pandemia e observou que o enfoque dado pelo sistema de saúde e seus governantes estava centrado na doença com medidas centradas no modelo biomédico e de assistência hospitalar. Estando a vigilância em saúde restrita aos instrumentos da epidemiologia hegemônica como a contagem de casos, óbitos e projeções descontextualizadas na previsão de demanda por atendimento e internação hospitalar (GIOVANELLA et al, 2020).

As primeiras estratégias do Ministério da Saúde (MS) para conter o avanço da Covid-19 no Brasil, contribuindo como fator de proteção basearam-se na adoção de medidas que visavam achatar a curva epidêmica, impedir o crescimento abrupto do número de casos e reduzir o pico de demanda de serviços de saúde, a fim de evitar a sobrecarga dos serviços de saúde, prevenir o aumento da letalidade, equilibrar a incidência da doença com a oferta de serviços a fim de evitar os óbitos dentre os casos que demandam internação em média e alta complexidade (GARCIA&DUARTE, 2020)

As propostas para o enfrentamento de situações como a atual pandemia por Covid-19 precisam considerar que como um fenômeno coletivo a pandemia possui trajetória e evolução imprevisíveis.

Toda essa imprevisibilidade se fez presente nos estudos que ao observar o comportamento da evolução da doença em todo o mundo dividiram a pandemia por Covid-19 em ondas, considerando três principais. A primeira onda se deu no período inicial de transmissão da doença, na busca de intervenções não farmacológicas, com intuito de achatamento da curva retardando assim o pico epidêmico e evitando o colapso dos serviços de saúde e ganhando tempo para que as equipes aprendessem o manejo da doença. Neste período a preocupação maior se concentrava com a população que se enquadrava no grupo de risco para o contágio e agravamento como idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos,

cardiopatas e pessoas com obesidade (MENDES, 2020).

Assim, para além de provisionar leitos hospitalares, considerando as previsões epidemiológicas quanto a gravidade e letalidade também seria preciso pensar cenários reais e da prática do dia a dia, no nível assistencial da atenção básica, nos territórios que possuem pessoas e populações com diferentes comorbidades nas mais diferentes relações e que nesse olhar da coletividade cada indivíduo possui suas dores, angústias, medos, para então traduzir a epidemia efetivamente pelo olhar dos valores fundamentais da APS (FRANCO, 2020; BARCELLOS, 2020).

A segunda onda englobou o período em que a doença apresentou picos e aumentos de casos e óbitos para além do grupo de risco e abrangendo populações mais jovens em razão da exposição ao contágio sem que ainda tenha possibilidade de controle por medidas como a vacinação (MENDES, 2020).

É necessário refletir sobre a estrutura tradicional da vigilância ainda muito focada nos aspectos epidemiológicos e que não tem dado conta de acompanhar as realidades de periferias e do âmbito local, tornando urgente o desenvolvimento de uma vigilância em saúde mais próxima da vida das pessoas em interação constante com a APS e também aos movimentos populares. Sendo preciso avançar em modelos e experiências de vigilância a nível local que dialoguem nesse sentido e que possam refletir como ambientes de risco são constituídos (ANGELO; LEANDRO; PERISSÈ, 2020).

Esse modelo biomédico e hegemônico que não reflete a realidade do todo, restringe o foco à doença sem considerar outros aspectos como raça/cor, condições de habitação, trabalho, transporte, saneamento e mais ainda indicadores de acompanhamento de casos domiciliares e que influenciam a saúde e são relevantes na compreensão das desigualdades sociais. A pandemia vem evidenciando a necessidade de ir além da relação de riscos e problemas de saúde na busca de novos referenciais que impulsionem intervenções intersetoriais (COELI et al., 2009).

Com base nessas reflexões chegamos aos aspectos propostos por Mendes (2020) e que caracterizam a terceira onda que atinge pessoas com condições crônicas não agudizadas ou agudizadas e condições agudas não Covid-19 durante a pandemia, ou como afirma o autor o paciente invisível que pode ter sua condição agravada ou até virem a óbito em consequência da desassistência provocada pelas restrições de acesso, redução ou suspensão de serviços ou ainda pelo medo das pessoas em procurar assistência nesse período.

A pandemia demonstrou não afetar da mesma forma as diferentes classes sociais,

tanto as formas de contaminação até a evolução para formas graves ou letais conversam bastante com o conceito de sindemia proposto por Singer em 1990 e reiterado no atual contexto por Horton (2020). Repensar a pandemia enquanto sindemia com a agregação de interação de doenças como a Covid-19 e outras comorbidades que aumentam as chances de agravamento ou óbito, trazendo a ótica dos impactos sociais e ambientais, nos permite relacionar com as desigualdades que já eram “mazelas” presentes no Brasil (MENDES 2020).

A ideia de sindemia ultrapassa o conceito pandemia ao analisar para além das comorbidades que as condições crônicas não agudizadas ou agudizadas e condições agudas não Covid ao interagir com a pandemia geram resultados sanitários negativos e têm maior probabilidade de ocorrer em ambientes de desigualdade em saúde ampliados por condições de pobreza, estresse, violência estrutural e estigmatização e que portanto o enfoque a Covid-19 não pode se restringir ao manejo da mesma (HORTON, 2020; MENDES, 2020).

O conceito de sindemia foi trazido para o presente estudo pensando a importância de tais considerações como um endosso à necessidade de uma VS mais crítica e integrada. Bem como no desenho e implementação de políticas que possam na agenda governamental discutir o congelamento dos gastos em saúde, reafirmar a importância da saúde coletiva, do SUS e seus dispositivos.

A Covid-19 se entrelaça neste ciclo de reprodução de desigualdades traçando um perfil com taxas elevadas de internação e mortes no país aumentando e escancarando cenários de retrocesso: na educação, com o aumento da fome, atingindo os mais vulneráveis, tanto no quesito de acesso como de piora nas condições de vida (ANGELO; LEANDRO; PERISSÈ, 2020).

Intensificando essa perspectiva, Barcellos (2020) resgata o entendimento de Milton Santos sobre a noção de que não vivemos em um ambiente e sim em um território que determina muitos de nossos hábitos, valores e condições socioeconômicas trazendo maior preocupação com territórios considerados mais vulneráveis, de maior dependência de interações sociais estreitas ampliando o fator de risco para a Covid-19 e alertando para a configuração de uma nova geografia diante da necessidade de isolamento social.

O contexto político interno e externo em especial as tomadas de decisão do poder Executivo e as relações Inter Federativas também influenciam diretamente no planejamento e sucesso das ações implementadas no enfrentamento da Covid-19 ou na ampliação do risco de contágio, complicações, internações e óbitos, o que tem sido observado no entanto, a cada

“onda” é o aumento expressivo desses indicadores.

A falta de consenso entre essas esferas especialmente do Governo Federal desvelou o negacionismo e omissão frente à pandemia pela constante troca de gestor no Ministério da Saúde (MS) e constantes mudanças na condução da pandemia e dissonância com estados e municípios. Outro fator que foi erroneamente politizado foi a preconização da abordagem precoce para vigilância da Covid-19 com o “tratamento precoce” marcado pela insistência em tratamento farmacológico comprovadamente ineficaz do ponto de vista científico e falta de coerência nos discursos presidenciais que por vezes desqualificou medidas não-farmacológicas como uso de máscaras e distanciamento social, além do atraso no processo de compra e iniciação da vacinação resultando em aumento do número de óbitos e casos (BRASIL, 2021).

Dos dispositivos existentes no SUS para conter o avanço da doença, a APS exerce papel central no enfrentamento da Covid-19, uma vez que está ancorada nos princípios de proteção da saúde, na prevenção e controle de doenças, sendo capaz para colaborar estrategicamente com a redução do risco de transmissão da doença a partir do diagnóstico precoce, acompanhamento e monitoramento individual e familiar nos territórios (BARBOSA&SILVA, 2020).

Dentre as diversas ações para o enfrentamento da Covid-19 no âmbito da APS, Bousquat et al. (2020) considerou em seu estudo a organização do processo de trabalho dos municípios brasileiros, no cenário da pandemia, tomando como base quatro eixos: a vigilância em saúde, a atenção aos usuários com Covid-19, a continuidade do cuidado ofertado pela APS e o apoio social.

Foram avaliadas ações de planejamento do enfrentamento à Covid-19, ações de Proteção à saúde dos profissionais de saúde e insumos para o enfrentamento à Covid-19, a organização do trabalho na unidade de saúde para a continuidade do cuidado dos usuários, e a organização do trabalho na unidade de saúde para o enfrentamento da epidemia, como: a separação de fluxos para sintomáticos respiratórios; criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios fora da unidade (ex. tendas); criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios dentro da unidade; incentivo ao isolamento social no território da ESF; identificação dos grupos de maior vulnerabilidade por condições precárias de moradia, insuficiência de renda, etc; apoio/ realização de atividades de vigilância sanitária em lares para idosos / orfanatos/ abrigo para deficientes no território; realização de atividades educativas no peridomicílio pelo agente comunitário de saúde (ex.: lavagem de mãos,

estratégias de manutenção do isolamento, uso de máscaras, etc); ações educativas em equipamentos sociais do território (farmácias, mercados e outros serviços).

Tais ações deveriam ser observadas e executadas pelas equipes de saúde da família ancoradas pela integração com a vigilância em saúde e gestão e portanto foram consideradas na avaliação dos processos do presente estudo, além de acrescentadas questões sobre a vacinação e planejamento para o pós pandemia.

4.3 AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO, VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Antes de demonstrar a importância da avaliação com enfoque na vigilância e APS é importante salientar que a escolha da utilização do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) não se deu em detrimento do conceito de Atenção Básica (AB), tão caro à Saúde Coletiva e para a avaliação em saúde no Brasil, mas apenas os tratando como sinônimos.

Para fins deste estudo no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, mas que também menciona outros dispositivos da rede de atenção pela visão da gestão compartilhada como parte do processo, entendendo que a ESF é principal porta de entrada da população no SUS e a ordenadora dos fluxos sendo recomendado que assim se mantenha no enfrentamento da pandemia por Covid-19 (ENGSTROM et al., 2020; BRASIL, 2012).

Outrossim o termo APS também foi considerado uma vez que outros modelos internacionais foram observados durante o levantamento teórico no início deste trabalho, bem como pelo desafio do próprio seguimento da avaliação em saúde que conta em sua reinvenção de práticas com múltiplos e distintos contextos teórico-conceituais para pensar as práticas de APS e sua avaliação (SILVA et al., 2020)

Existem muitas possibilidades de definição para avaliação, com diversos sentidos dados a essa palavra por muitos autores situados em diferentes lugares e tempo do espaço social. Consideremos aqui a avaliação enquanto um dos componentes do processo de gestão, implicando tomada de decisão na resolução de um problema sob o espectro de que o julgamento de determinada intervenção pode ser feito também por informações oriundas da pesquisa avaliativa. De importância para a produção do conhecimento com potencial de incorporação na tomada de decisão gestora a médio ou longo prazo. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Importante delimitar intervenção enquanto um conjunto de ações organizadas a fim

de transformar uma dada realidade, termo adotado portanto como equivalente a projetos, programas e políticas. A avaliação sistemática de intervenções do SUS, abrangendo os diferentes aspectos da atenção, é um grande desafio para os gestores, porém uma necessidade em sua atuação uma vez que estes participam da formulação de políticas, planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação da rede de atenção e prestação de serviços (CRUZ&REIS, 2011).

Para atender as exigências de resposta do Brasil às Emergências em Saúde Pública entende-se a necessidade de fortalecer as estruturas do sistema de saúde e uma das formas de atingir tal objetivo se concentra em utilizar mecanismos de avaliação dos sistemas e serviços de saúde.

Dados e estatísticas confiáveis sobre saúde são o fundamento de políticas, estratégias e avaliação e monitoramento da saúde (OMS, 2008). A obtenção de dados fidedignos sobre o funcionamento dos serviços de atenção básica permitem a construção de diretrizes e protocolos que relacionam o embasamento técnico-científico, mas especificamente se considerada a perspectiva da prática, a heterogeneidade das equipes e a realidade das populações, permite ampliar a efetividade dos resultados.

A avaliação e monitoramento de desempenho – acompanhamento e análise dos resultados das intervenções, possibilita determinar a qualidade do trabalho realizado e a introdução de ajustes que se façam necessários (CHIANCA; SANTOS; CRUZ, 2017).

Tanaka e Tamaki (2012) afirmam que avaliar os serviços de saúde têm importância para o gestor por ser disponibilizado a este fatos que favorecem o planejamento para as ações em saúde, o que conseqüentemente amplia a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços.

Sem a pretensão de aprofundar as conceituações de avaliação e monitoramento, mas apenas para situar o objeto no entendimento de avaliação como foco no processo referindo-se à intervenção. A avaliação busca um aprimoramento explicativo para além do aspecto de mensuração rotineira na detecção de mudanças e centrado na medida dos efeitos que são mais característicos do processo de monitoramento (CRUZ&REIS, 2011).

Na perspectiva de Cruz e Reis (2011) a avaliação se diferencia do monitoramento por exigir maior rigor no uso dos procedimentos metodológicos, em busca de evidências que possuam credibilidade e permitam fazer um julgamento da intervenção com envolvimento dos interessados e orientação para as mudanças necessárias.

A avaliação sistemática, que busca mensurar a qualidade dos serviços de saúde pública, é um grande desafio para os gestores no Brasil, pelo fato do país conter grande

dimensão territorial. Além disso, torna-se difícil desenvolver uma avaliação sobre a APS, pois ela contempla atributos complexos (OLIVEIRA&CRUZ,2015).

Neste sentido, aplicou-se a *avaliação de implementação* como forma de identificar se as estratégias da intervenção estão implementadas de acordo com o preconizado, com o contexto, com as necessidades da população e saber que aspectos podem ser modificados para atender aos resultados esperados (LOVE, 2004).

Uma avaliação de implementação segundo Minayo e Deslandes (2008) deve levar em conta as condições gerais de infra-estrutura, de pessoal qualificado, de planejamento e de apoio oferecido para o desempenho das ações.

Na revisão de Brousselle et al. (2011) a avaliação ou análise de implementação consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação apreciando o modo como uma intervenção provoca mudanças em um contexto particular, compreendendo o que acontece concretamente em campo e encontrar os meios de melhorar o programa.

Em outras palavras a avaliação de implementação tem por objetivo estabelecer em que medida uma intervenção está sendo implementada e operacionalizada conforme planejada, e em uma análise busca de forma aprofundada responder em que medida a variação do contexto da implementação influenciou na variação do grau de implantação ou em que medida houve influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados. Entender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção dos efeitos (DENIS&CHAMPAGNE, 2005).

Entendendo como *contexto* para este estudo os aspectos políticos, organizacionais e sociais e suas implicações sobre políticas e programas de saúde, em especial neste estudo a complexidade das ações de vigilância e a importância de operacionaliza-las em um ambiente que incorpora a característica do primeiro acesso e do atendimento aos indivíduos em seus territórios como a APS.

A avaliação de implementação é uma ferramenta que pode traduzir não só em maior sucesso da intervenção, como também em consolidação da proposta de integração da VS e APS no fortalecimento do Sistema Único de Saúde pela ampliação de sua resolutividade na garantia de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade em benefício à saúde da população.

5. METODOLOGIA

A metodologia do presente estudo foi organizada de maneira a considerar as etapas de perguntas avaliativas, a abordagem da avaliação, o desenho do estudo, a seleção do caso, coleta e análise dos dados, estratégias de divulgação dos resultados e aspectos éticos no intuito de delinear de forma clara e objetiva a proposta de pesquisa.

5.1. PERGUNTAS AVALIATIVAS

Qual o grau de integração das ações de vigilância em saúde com atenção primária à saúde para a prevenção e controle da Covid-19 na população de Angra dos Reis?

Como os fatores do contexto político e organizacional favoreceram ou dificultaram a integração das ações de vigilância em saúde com a atenção primária à saúde no Município de Angra dos Reis?

5.2. ABORDAGEM AVALIATIVA

A pesquisa teve como abordagem metodológica a avaliação de implementação, por permitir capturar percepções em contexto, como um recorte situacional à nível local, a fim de identificar a operacionalização da intervenção. A escolha pela avaliação de implementação, se deu no intuito de alinhar a natureza da intervenção a ser avaliada e o tipo de avaliação. Essa coerência é necessária para ampliar a possibilidade de utilização da avaliação (BROUSSELLE et al., 2011).

Com base nas perguntas avaliativas e entendendo implementação como extensão da operacionalização adequada de uma intervenção, a avaliação de implementação foi pertinente no presente estudo por possuir como componente a análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção. Esse tipo de análise ajuda a compreender as variações observadas no grau de implementação de um intervenção. (HARTZ&VIEIRA-DA-SILVA, 2005; BROUSSELLE et al., 2011).

O propósito foi avaliar os componentes estruturais e sua integração para atender ao objetivo geral que é o de avaliar se as ações de vigilância da Covid-19 estão integradas com a APS na perspectiva das ESF no município de Angra dos Reis.

Considerando que a característica da intervenção avaliada estava relacionada ao processo de implementação das ações a fim de avaliar o grau de implementação e o contexto,

sem foco a priori nos resultados, pela necessidade de maturação da intervenção e por considerar que esta estava em pleno curso durante a pandemia pela Covid-19. Procurou compreender o desenrolar dos acontecimentos que cercam a implementação da intervenção identificando as variáveis significativas que marcam sua evolução, como uma explicação dinâmica. Além disso, a avaliação de implementação objetiva delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implementação de um intervenção (BROUSSELLE et al., 2011). Portanto permitiu conduzir a busca em atingir o terceiro objetivo específico da pesquisa de investigar tais fatores no processo.

A avaliação de implementação acompanha o desenvolvimento das ações caracterizando os processos que deverão conduzir ao alcance dos objetivos onde pretende-se verificar e julgar o estado intermediário do desenvolvimento de uma dada intervenção (SANTOS&CRUZ, 2014)

A avaliação foi formativa observando a característica do grau de implementação e processo da intervenção que será avaliada no intuito de gerar informações úteis para melhorias futuras na intervenção. Essa abordagem permitiu atender ao segundo objetivo específico relacionado à *conformidade e adequação*. Geralmente a avaliação formativa é feita em colaboração com a equipe da intervenção em busca de melhoria interna (BROUSSELLE et al., 2011).

A pergunta avaliativa desta pesquisa partiu do pesquisador, que apesar do risco do uso não imediato por parte da gestão por tratar-se de um instrumento que propõe reorientação de processos e portanto depende de etapas, possui potencial a ser incorporado a médio e longo prazo uma vez que a pesquisa propõe incorporar o ponto de vista dos atores-chave, aumentando as chances de que as prioridades selecionadas sejam aquelas mais relevantes (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

As informações obtidas, através da avaliação de implementação, podem oferecer subsídio para a tomada de decisão sobre como melhorar a intervenção, reajustá-la ou buscar alternativas para a solução de problemas (SANTOS&CRUZ, 2014).

Segundo Brousselle et al. (2011) existem duas situações pertinentes para a realização de uma avaliação de implementação, quando os efeitos da intervenção não são nulos e ainda são pouco robustos, sendo portanto sensíveis às mudanças contextuais. E também quando uma intervenção nova é implementada para identificar a dinâmica do processo e os fatores explicativos críticos. Pensando que a pandemia por Covid-19 encontrava-se em pleno curso

e que as ações de vigilância para o seu enfrentamento era uma intervenção recém planejada e implementada tornou-se pertinente avaliá-la.

A pesquisa se tratou portanto de uma avaliação na dimensão da implementação de característica formativa, com ênfase na conformidade dos processos e melhoria da intervenção considerando o contexto político e organizacional em âmbito local. Foi uma análise dos determinantes contextuais do grau de implementação.

Conformidade enquanto o grau de correspondência entre o que está implementado e o que se preconiza que seja executado. A fim de garantir que as ações de enfrentamento à Covid-19 possam ser realizadas e viabilizadas através da integração entre os dispositivos de vigilância em saúde e atenção primária à Saúde. Adequação pensando nos processos de trabalho e sua relação com a norma, mas também considerando suas complexidades e os aspectos da determinação social dos processos que possam interferir positivamente na qualidade da saúde da população.

5.3. DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de caso, considerando-se o município de Angra dos Reis como caso único. Optou-se por esse desenho pois o estudo de caso utilizado como estratégia de pesquisa empírica sobre um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado de seu contexto (YIN, 2015). Ao mesmo tempo contempla o método da pesquisa qualitativa que trabalha com o universo dos significados e dos valores, com fenômenos humanos de parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO E DESLANDES, 2008).

O estudo de caso foi a estratégia escolhida para examinar acontecimentos contemporâneos, quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle dos comportamentos.

A pesquisa avaliativa por meio do estudo de caso, possui as seguintes características: buscar a descoberta; enfatizar a interpretação do contexto; buscar retratar a realidade de forma completa e profunda; usar uma variedade de fontes de informação; revelar experiências de vida e permitir generalizações naturalísticas; procurar representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes em uma situação social; utilizar uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa (MINAYO; DESLANDES, 2008).

A importância dos estudos de caso na pesquisa avaliativa evidencia sua potencialidade em descrever o contexto real em que ocorre a intervenção e a sua capacidade em explorar situações específicas, permitindo a identificação, na realidade estudada, de inter-relações entre pressupostos e práticas concretas (YIN, 2015).

Quanto à validade a avaliação de implementação possui o princípio da similitude ou capacidade de generalizar, princípio da robustez ou replicação dos efeitos em contextos diversificados e princípio da explicação, que ressalta os ganhos de validade externa (BROUSSELLE et al., 2011).

Uma limitação dos estudos de caso está relacionada em como generalizar a partir de um caso único? Como defende Yin (2015) o estudo de caso assim como os experimentos são generalizáveis a proposições teóricas, onde o objetivo é expandir teorias pela generalização analítica.

A proposta portanto para superar tais limitações foi analisar os determinantes contextuais (político e organizacional) do grau de implementação entre as ações de vigilância da Covid-19 e a APS considerando as especificidades do âmbito local.

Vale destacar que os vieses não são uma prerrogativa dos estudos de caso, podendo ser observados em outras modalidades de estudo, conforme pontuado por Gil (2002).

5.4. SELEÇÃO DO CASO

A definição por um estudo de caso único justificou-se em virtude da impossibilidade de dissociar o fenômeno a ser estudado do contexto onde este ocorre, especialmente pela proposta de trazer à luz a perspectiva da APS em um dado território e a possibilidade de integração das ações de vigilância à Covid-19. Outra razão que foi considerada originou-se da factibilidade em realizar tal estudo considerando as dificuldades e complexidades impostas pela pandemia da Covid-19.

O estudo de caso único consiste em estudo profundo e exaustivo de um objeto de tal maneira a permitir seu detalhado conhecimento tarefa quase impossível em outras formas de delineamento de estudo (GIL, 2002).

Atualmente esse tipo de estudo é visto como o mais adequado para investigar um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real, onde os limites entre estes não são facilmente percebidos. Permite também identificar a realidade das inter-relações e os pressupostos teóricos e a prática dos serviços e programas (YIN, 2015).

A seleção do caso utilizou o critério de estudo de caso decisivo que conforme

definido por Gil (2002) busca de um contexto para testar, entender ou estender uma teoria. Tendo em vista a Pandemia por Covid-19 e seu processo de interiorização no estado do Rio de Janeiro em 2020, que exigiu ações integradas da vigilância em saúde com a atenção primária a saúde, onde o contexto municipal é um ambiente de especificidades e heterogeneidades territoriais, buscou-se o contexto do município de Angra dos Reis para entender como ocorreu essa integração, poderia ser encontrada na atenção primária à saúde maneiras possíveis no enfrentamento.

Considerou-se que as eSF e suas ações territoriais foram essenciais no enfrentamento de doenças como a Covid-19, especialmente em relação às ações de VS que conferem responsabilidade sanitária a APS. O estudo de caso único permitiu avaliar as ações de vigilância em saúde, no contexto atual da Pandemia por Covid-19 tendo como protagonistas as equipes de saúde da família para contribuir com o fortalecimento da APS e dos atributos de prática comunitária capazes de atender a população em suas múltiplas vulnerabilidades.

A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis (SMS/Angra), um município do interior do Sul do Estado do Rio de Janeiro com particularidades como a característica turística de litoral, na região da Costa Verde, pólo regional de saúde abrangendo toda a Baía da Ilha Grande de atendimento específico aos ilhéus possuindo diversas ilhas no entorno, possui população indígena, conferindo heterogeneidade do perfil do território.

Cenário do Estudo:

O Município de Angra dos Reis, antes habitado somente pelos índios Tamoios, está dentre as primeiras cidades colonizadas pelos portugueses tendo esse início se dado em 06 de janeiro de 1502. Seu nome tem relação com o dia de Reis Magos e com a geografia da cidade que é caracterizada por uma bacia cercada de ilhas, montanhas, rios e florestas. Em seu histórico de atividades econômicas estão as atividades extrativistas da cultura da cana de açúcar e do ciclo cafeeiro do período Imperial, marcadas pela exploração da mão de obra escrava e negra. O que explica a existência de comunidades remanescentes de quilombos e aldeias indígenas. Servia como local de parada e ponto de escoamento no trajeto entre Santos e Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo e foi portanto um dos maiores portos do Brasil. Em 1960 ocorreu a instalação do Estaleiro Verolme, seguido pela instalação da Usina Nuclear de Furnas e o Terminal da Petrobrás. A paisagem do município engloba ambiente natural com maior percentual de Mata Atlântica e áreas de preservação permanente, mas

também ambiente de urbanização abrangendo áreas rurais e insulares (ANGRA DOS REIS, 2018).

O município possui ainda aglomerados populacionais distribuídos em um eixo longitudinal compreendido entre o Rio de Janeiro e Paraty com distância significativa do centro da cidade que dificulta a administração municipal em grande parte das demandas como educação, saneamento, lazer, saúde e implementação de políticas públicas. Nesse aspecto, existem comunidades em áreas de difícil acesso: Sertão (Mambucaba, Zungu/Serra D'Água e Banqueta) e Ilhas (Grande, Gipóia, Caieira, Comprida e Frade); além de comunidades tradicionais litorâneas da região. (SILVA et al., 2020).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentou na última aferição, realizada em 2013 o valor de 0,724. Estando entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano, ocupando o 31º lugar no estado e 1.199º do Brasil. O que mais contribuiu para este crescimento foi a educação, seguido pela renda e pela longevidade. Tendo registrado queda na proporção de pessoas com baixa renda entre os anos de 2000 e 2010. Relacionando renda ao indicador racial a raça branca é que apresenta maior renda e a indígena a menor renda. O nível de renda e instrução da população angrense se assemelha à média do interior do estado, apresentando em 2010, 71,65% de indivíduos alfabetizados equivalente a 121.457 habitantes (ANGRA DOS REIS, 2018).

Angra dos Reis possui um estaleiro e duas usinas nucleares e os setores da indústria e serviços são os que mais empregam no município, e em meio a crise nacional destes setores a taxa de desemprego vem aumentando e se intensificando em virtude da pandemia por Covid-19, porém os dados do último censo realizado em 2010 não contemplam o atual cenário. Tal situação pode ser considerada uma ameaça a qualidade de vida da população sob o ponto de vista dos aspectos da determinação social.

O município apresentou um índice de envelhecimento de 34, 14 no ano de 2012. No ano de 2010, observamos uma aproximação nos números na população menores de 05 anos e a população idosa, tal informação chama a atenção dada que tal grupo foi considerado de maior risco no início da pandemia. (ANGRA DOS REIS, 2018).

Quanto aos recursos territoriais possui natureza abundante de praias ilhas e florestas, cachoeiras, muito utilizados como atrativo turístico local, com resorts, flats, hotéis e condomínios que funcionam como segundas residências, em geral de pessoas da região metropolitana do Rio de Janeiro. Presença também de marinas com grande volume de embarcações, o quinto distrito formado pela Ilha Grande que possui praias continentais para

moradores e turística (GÓIS, 2020).

Tal cenário no contexto da pandemia com a ausência de uma política pública nacional, através de renda cidadã, de renda mínima ou de um projeto político que permitisse que as pessoas vinculadas à serviços não essenciais ficassem em casa no período de quarentena, o município de Angra dos Reis também sofreu com as consequências e de maneira peculiar. Para além das questões de exposição ao risco de contágio comum às demais cidades como o transportes públicos lotados, famílias em moradias precárias.

Angra dos Reis vivenciou um acréscimo nesse cenário, pelas características turísticas e das muitas residências para uso de veraneio de pessoas de outras cidades e que vieram realizar seu momento de isolamento ou homeoffice no município. Muitos moradores empregados ou prestadores de serviços dessas residências e também comerciantes que dependem desse “movimento” continuaram realizando suas atividades sem a possibilidade material de se proteger. Essa peculiaridade também se apresentou como um dificultador das ações de vigilância no que tange a contenção da transmissão do vírus.

Essas condições somadas ao cenário pós pandemia gerará uma especificidade nas políticas e ações de saúde. É importante salientar que alguns dos aspectos que influenciam na determinação dos processos saúde-doença foram expostos acima por estarem contidos em pesquisa prévia de dados disponíveis a público sobre o município, porém ainda muito com foco nos condicionantes da saúde e que a análise do objeto permitiu uma ampliação na reflexão de outros fatores que se relacionam e estruturam a saúde e doença representadas pela população.

A compreensão da produção social da saúde e da doença quando estabelece conexões, diante da complexidade do processo, somando à análise dimensões de organização do molecular ao social e global relacionando ao sofrimento e as representações da doença. Considerando o sofrimento e os modos da população representar a saúde e a doença posicionando a determinação na perspectiva estrutural e relacional (SABROZA, 2005)

Quanto à divisão territorial, política e administrativa do sistema municipal de saúde esta é compreendida por cinco distritos sanitários, sendo o quinto compreendido pela Ilha Grande e suas praias (SILVA et al., 2020).

Os cinco distritos sanitários tem sua população residente distribuída conforme a Tabela 01:

TABELA 01: População residente por Distrito Sanitário.

Distritos Sanitários	População Residente	%
1º DS: Centro/Morros do Centro	36.970	18,26
2º DS: Japuíba/Grande Japuíba	65.287	32,58
3º DS: Camorim/Jacuecanga/Monsuaba/Portogalo/Garatucaia	35.572	17,75
4º DS: Bracuhy/Frade/Perequê	57.522	28,70
5º DS: Ilhas	5.429	2,71
TOTAL	200.780	100

Fonte: SSA.DESCO – Assistência de Dados Vitais 2020.

Quanto à rede de serviços a APS se configura como nível assistencial primário e de acordo com o Plano Municipal tem em sua composição 58 equipes de saúde da família representando 52,48% de cobertura nesta modalidade de atenção, sendo 54 credenciadas, 32 Equipes de Saúde Bucal (ESB) credenciadas, 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 01 Equipe de Consultório na Rua, 04 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 01 Núcleo de Tratamento Especializado em feridas e pacientes ostomizados. Já os dispositivos de Vigilância em Saúde compreendem a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária, a Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador (SILVA et al., 2020).

A distribuição dos serviços da Rede Pública de Atenção em Saúde está demonstrada conforme Tabela 02: de cobertura por essa modalidade de atenção.

TABELA 02: Rede Pública de Atenção à Saúde de Angra dos Reis – 2020

Distritos Sanitários	1º DS	2º DS	3º DS	4º DS	5º DS
Estratégias de Saúde da Família (ESF)	14	15	09	16	04
Unidade Básica de Saúde (UBS)	-	-	01	-	-
Centros de Especialidades Médicas (CEM)	01	01	01	01	-
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	03	-	-	-	-
Serviço de Pronto Atendimento (SPA)	01	-	01	02	01
Hospital	01	01	-	01	-
Equipe de Consultório na Rua (ECnR)	01	-	-	-	-
Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF)	01	01	01	01	-
Equipe de Saúde Bucal (ESB)	11	06	07	11	04
Unidade de Pronto Atendimento (UPA Pediátrica)	-	01	-	-	-
Centro Especializado de Reabilitação	01	-	-	-	-
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	-	01	-	-	-

(SAMU)					
Hemonúcleo da Costa Verde	-	01	-	-	-
Equipe do Melhor em Casa	01	-	-	-	-
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	-	01	-	-	-
Centro Odontológico	01	-	01	-	-
Núcleo Especializado em Feridas (Nutefe)	-	01	-	-	-

Fonte: Prefeitura de Angra dos Reis. Departamento de Planejamento, Controle e Avaliação, Auditoria e Regulação (2020)

Completando a Rede de Atenção à Saúde do Município existem 04 Centro de Especialidades Médicas para atendimento ambulatorial especializado, 03 Centros de Assistência Psicossocial, 05 Serviços de Pronto Atendimento (SPA), 03 Hospitais, 01 Unidade de Pronto Atendimento Pediátrico, 01 Centro Especializado de Reabilitação, 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, 01 Hemonúcleo que presta atendimento à região e 01 Equipe do Melhor em Casa.

5.5. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Em relação a coleta de dados o estudo de caso implica em observação e entrevistas possuindo capacidade de lidar com ampla variedade de evidências (YIN, 2015).

Quando a pesquisa coleta dados em fontes diferentes como foi o caso, mediante análise documental e entrevistas semiestruturadas obtém-se o que o autor caracteriza em uma pesquisa como triangulação. Quando duas fontes apresentam convergência após a coleta de dados e o pesquisador pode consolidar tais dados (MINAYO et al., 2005).

Como etapa de pré - análise foram pesquisados os sites da prefeitura municipal de Angra dos Reis que dá acesso a algumas informações da atuação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e também o site específico criado para acompanhamento e monitoramento das ações da Covid-19. Essa primeira coleta de dados foi realizada apenas de forma digital com acesso aos sites e documentos com livre acesso como (plano municipal de saúde, guia de vigilância, decretos, plano de contingência, protocolos, informes técnicos entre outros pertinentes e disponíveis em sítios de acesso aberto).

A presente avaliação envolveu fontes de dados primários e secundários. Como fonte de dado primário foram utilizados três modelos de entrevistas semiestruturadas, sendo uma para os cargos de gestão, outra para os profissionais de saúde e outra para os agentes de controle de endemias. Como fonte de dados secundários foram utilizados os documentos de acesso restrito pertencentes a SMS/Angra.

Para atender ao primeiro objetivo específico que visou identificar quais ações de vigilância ocorreram na APS nos territórios: o instrumento de coleta de dados seguiu um roteiro para análise documental.

A escolha dos documentos de acordo com este objetivo também permitiu a percepção da integração ou não dos serviços. A análise documental permitiu a busca em atingir aos dois primeiros objetivos específicos de modo a descrever as ações de vigilância e analisar sua conformidade e adequação. Isso, tendo em vista que, um dos procedimentos da avaliação de implementação é a avaliação do esforço e monitoramento que consiste, respectivamente, em documentar e acompanhar o nível de operacionalização de uma intervenção (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

As evidências também foram complementadas com as entrevistas semiestruturadas. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para os coordenadores, outro roteiro para os profissionais da ESF e um terceiro roteiro para os ACEs. Os roteiros foram adaptados com base no modelo utilizado no estudo de Bousquat et al. (2020).

Foram utilizados 03 roteiros de entrevistas, portanto, semiestruturados, com perguntas abertas e fechadas.

O roteiro dos membros da gestão contém 5 blocos de perguntas com os temas: 1. Perfil das Unidades; 2. Covid-19; 3. Organização do trabalho na ESF para enfrentamento da epidemia; 4. Organização do trabalho na ESF para a continuidade do cuidado dos usuários; 5. Rede de atenção à saúde na assistência ao paciente com quadro moderado.

O roteiro dos profissionais de saúde contém 04 blocos de perguntas com os temas: 1. Perfil das Unidades, 2. Proteção à saúde dos profissionais de saúde e insumos para o enfrentamento à Covid-19; 3. Organização do trabalho na unidade de saúde para enfrentamento da epidemia; e 4. Organização do trabalho na unidade de saúde para a continuidade do cuidado dos usuários.

O roteiro dos ACEs contemplou 03 blocos de perguntas com os temas: Proteção à saúde dos profissionais de saúde e insumos para o enfrentamento à Covid-19; Organização do trabalho do ACE para enfrentamento da epidemia; Organização do trabalho para a continuidade do atendimento aos usuários. Todos os roteiros estão contidos nos apêndices.

Os participantes da pesquisa entrevistados no estudo de caso somaram 29 indivíduos, sendo 21 profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 8 membros da gestão, todos vinculados à SMS/Angra.

A proposta inicial foi considerar ao menos uma eSF por distrito sanitário, composta

minimamente por Médico, Enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde (ACS), porém não foi possível atingir equipes completas pois a maioria estava com falta de profissionais e os existentes trabalhando em Hora Extra. Também houve recusa de participação de alguns profissionais.

De forma a manter a robustez, foram contemplados profissionais da ESF em todas as categorias profissionais propostas, com ao menos três profissionais por distrito e profissionais de NASF que aceitaram participar, além dos Agentes de Controle de Endemias (ACE), que atuaram no monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 em quarentena em residentes de áreas não cobertas por ESF. Dentre eles 03 médicos, 04 enfermeiros e 04 técnicos em enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde (ACS), 02 profissionais de NASF e 04 agentes de controle de endemias (ACE), totalizando 21 profissionais.

Outro fator que dificultou esta etapa foi o fato de o quinto distrito ser uma ilha onde o sinal de internet é limitado, porém fundamental na entrevista realizada pela plataforma Zoom. Mesmo assim foi possível contemplar dois profissionais e um coordenador do local.

Com as devidas adaptações foi possível observar os fatores que facilitaram e comprometeram a integração das ações de vigilância à Covid-19 no âmbito da ESF com o maior alcance possível da heterogeneidade e realidade local.

A tabela a seguir representa o número de profissionais de ESF/NASF e ACE segundo o Distrito Sanitário em que atuam.

TABELA 03: Número de profissionais entrevistados por Distrito Sanitário

Distritos Sanitários	Profissionais ESF/NASF/ACE
Primeiro	4
Segundo	3
Terceiro	6
Quarto	5
Quinto	3
Total	21

Fonte: Elaboração Própria

Os membros da gestão entrevistados atuaram no gabinete de crise da SMS/Angra, instituído e nomeado para o enfrentamento da pandemia, responsáveis por vigilância em saúde e atenção primária à saúde ano de 2020 início da pandemia e portanto início das ações de intervenção para enfrentamento da Covid-19.

O gestor não foi entrevistado pois o mesmo assumiu a pasta no ano de 2021, não estando responsável portanto no início da pandemia.

Em um primeiro momento foi utilizado o contato via e-mail para primeiro contato com o setor responsável para autorização do Termo de Anuência Institucional (TAI) e dos termos de autorização de acesso a dados e autorização de acesso aos contatos dos participantes. Após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) foi realizado contato via e-mail aos potenciais participantes, membros da gestão e das equipes de saúde da família, a fim de encaminhar o texto do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e orientação sobre a plataforma digital para as entrevistas individuais. A partir dos primeiros participantes que retornaram o contato foi utilizada a técnica bola de neve, onde os já entrevistados iam sugerindo outros potenciais participantes e, conforme o aceite dos profissionais, as entrevistas eram agendadas de acordo com a disponibilidade de data e hora de cada um.

A plataforma utilizada foi a plataforma Zoom, previamente sugerida e bem aceita pois já era comum para a maioria dos participantes rotineiramente para outros fins profissionais. Outra razão para a escolha da plataforma Zoom foi o recurso de gravação em áudio e vídeo para a coleta de dados e pela oportunidade de acesso gratuito. Além de preservar e registrar as falas, permitiu que se voltasse ao material sempre que necessário na etapa de tratamento dos dados. A escolha do ambiente digital para a realização das entrevistas deu-se em razão da necessidade de distanciamento social pela pandemia por Covid-19, a fim de preservar os atores participantes das entrevistas, bem como a pesquisadora.

Quanto ao número de entrevistas ideal em pesquisas qualitativas, Fontoura (2011) resgata a proposta do ponto de saturação que emerge a partir de certo número de entrevistas, quando o pesquisador começa a observar não coletar nada de novo no que se refere ao objeto de estudo. Porém, e tão importante quanto, é a possibilidade de incluir como exclusivo e significativo algo que mesmo aparecendo uma vez durante as entrevistas possa ser relevante ao objeto.

As entrevistas e a coleta documental foram realizadas no período de 25/10/2021 a 10/12/2021. Para o presente estudo essas 29 entrevistas permitiram conhecer o cenário considerando a proposta de análise por tematização e ainda o número de entrevistas suficientes, através do ponto de saturação, onde a partir de certo número de entrevistas não

foi observado nada de novo ou diferente no que se referia ao objeto de estudo.

O intuito foi identificar as ações de vigilância da Covid-19, que foram integradas com a Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva das eSF no município. Além disso, foram observados os aspectos e experiências da atuação da APS no âmbito da ESF durante a pandemia pela Covid-19 observando a vigilância em saúde, o cuidado aos usuários com Covid-19, a continuidade do cuidado ofertado pelas unidades básicas de saúde, a ação comunitária e o apoio social, o planejamento de ações futuras, ações de comunicação e educação em saúde e a vacinação contra a Covid-19.

E, finalmente, para investigar os fatores que facilitaram ou comprometeram a atuação da APS nas ações de vigilância à Covid-19 foi realizada a análise de contexto político e organizacional, considerando-se a pandemia da Covid-19 como emergência de saúde pública, as ações de vigilância preconizadas pelo MS e o papel da APS na Vigilância da Covid-19 que pela etapa de análise dos dados permitiram investigar tais fatores (BROUSSELLE et al., 2011). Foram consultadas, também como fontes de dados complementares, alguns webinários com pesquisadores ou agentes governamentais que trataram sobre o tema nos anos de 2020 e 2021.

Para o tratamento dos dados e como primeira etapa as entrevistas foram transcritas sendo 19 pela pesquisadora e 10 com apoio institucional da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz através do edital de apoio em fluxo contínuo para transcrição de entrevistas relacionadas aos trabalhos de campo das teses e dissertações, em português, de alunos matriculados no Programa de Saúde Pública (PPGSP).

Uma vez transcritas as entrevistas foi realizada a segunda etapa de escuta e leitura flutuante e escuta e leitura atenta aplicando a técnica de tematização, proposta na metodologia, e considerando o que poderia ser utilizado para descrever as informações coletadas, demarcando o que era relevante a fim de desenvolver e agrupar os temas.

As categorias de análise consideradas foram relacionadas as ações de vigilância em saúde preconizadas para serem realizadas pela atenção primária à saúde para o enfrentamento da Covid-19, sendo estas: 1. Equipamentos de Proteção Individual; 2. Capacitação para o enfrentamento da Covid-19 e risco de contágio; 3. Disponibilidade de insumos para avaliação e clínica do paciente; 4. Ações da gestão municipal para o enfrentamento da Covid-19; 5. Organização das unidades de saúde; 6. Ações dos profissionais de saúde da ESF para o enfrentamento da Covid-19; 7. Ações dos Agentes de Controle de Endemias para o enfrentamento da Covid-19; 8. Manejo e controle dos casos de

Covid-19; 9. Realização e periodicidade de ações para o acompanhamento dos casos de Covid-19; 10. Ações dos profissionais do NASF no enfrentamento da Covid-19; 11. Fluxo de pacientes com Covid-19 em quadros moderados e graves na rede de atenção à saúde; 12. Integração entre vigilância em saúde e atenção primária; 13. Continuidade do cuidado e rotina da APS; 14. Identificação dos usuários e famílias mais vulneráveis e Apoio social no enfrentamento da pandemia; 15. Planejamento de ações; 16. Ações de Comunicação e educação em saúde, realizadas pelas equipes para os usuários; 17. Vacinação contra a Covid-19.

Tais categorias de análise foram agrupadas em temas que emergiram corroborados a partir da análise temática proposta na metodologia de tratamento e análise dos dados considerando os objetivos do estudo e observando informações que se esperava encontrar antes do estudo, informações surpreendentes e não esperadas e/ou informações conceitualmente incomuns.

As perguntas dos roteiros inicialmente fechadas, mas que tratavam de questões que respondiam como, quais, quem ou por quê, permitiram respostas mais elaboradas por parte dos entrevistados e puderam ser analisadas pela técnica da tematização.

A terceira etapa foi a definição das unidades de contexto contendo trechos mais longos das entrevistas selecionados para evidenciar o tema e unidades de significado com palavras ou expressões que fizessem referência a essência do trecho.

A quarta etapa foi a organização das informações obtidas com a tematização em quadros explicativos.

A quinta etapa foi de tratamento das perguntas fechadas que envolveram respostas sim ou não ou que possuíam opção de resposta foram tratadas a partir da tabulação dos dados com ajuda do software Nvivo. Essas foram analisadas com apoio da técnica de modelização pela construção de uma matriz de análise para observação dos critérios normativos das atividades da intervenção. Essa etapa além de auxiliar no tratamento dos dados permitiu a análise do grau de conformidade e adequação da intervenção exemplificando uma das utilidades da modelização, que conforme Brousselle et al. (2011, p.64) a modelização permite apreciar a diferença entre o planejado sobre a intervenção e a que de fato foi implementada, podendo servir de guia para a apreciação normativa dos processos.

A última etapa de tratamento dos dados envolveu a interpretação dos achados relacionando-os ao suporte teórico.

5.6 ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Considerando que a avaliação de implementação permite elucidar problemas na operacionalização de intervenções e sendo útil para a formulação de recomendações em torno do aperfeiçoamento das ações e com possibilidades de generalização de seus resultados, além permitir o envolvimento dos diversos profissionais ligados à intervenção. Essa proposta pretende harmonizar o entendimento entre pesquisador e os utilizadores potenciais sobre os fundamentos epistemológicos, metodológicos e políticos da avaliação. (BROUSSELLE et al., 2011; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Pensando sobre a validade externa conferida pelo método de avaliação de implementação por aumentar o potencial de generalização apoiada no princípio de similitude, generalizando resultados para um universo empírico que possua similaridade e que portanto poderá propiciar a robustez necessária ao desenho da avaliação de estudo de caso. Outro fator que amplia a validade externa é o princípio da explicação, pela compreensão dos processos causais da intervenção e dos fatores que podem produzir ou inibir efeitos. Foi proposto como estratégia de divulgação colocar a avaliação à disposição de todas as pessoas que possam por ela se interessar (BROUSSELLE et al., 2011).

Neste sentido propõe-se a divulgação dos achados aos atores participantes e potenciais utilizadores da avaliação como gestor, gerentes, coordenadores e profissionais da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde. Está prevista a divulgação dos achados na instância do Conselho Municipal de Saúde (CMS) considerando a importância deste ao interesse da população e também em espaços como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) dada a importância destes espaços para o desenvolvimento e gestão das políticas públicas. Finalmente pretende-se realizar a divulgação nos espaços acadêmico-científicos, dada a atualidade e pertinência do tema.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi devidamente submetido ao CEP da ENSP/FIOCRUZ. A primeira etapa cumprida contemplando as questões éticas foram: encaminhamento do Termo de Anuência Institucional (TAI), o Termo de Autorização de Acesso/Usos de dados (para acesso e utilização de documentos internos e restritos) e o Termo de Autorização de Acesso a contatos dos participantes à Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, para assinatura do responsável institucional. Foi disponibilizado ao responsável institucional o Termo de Compromisso de Uso de Dados (TCUD), que assegurou a manutenção do

anonimato e sigilo das informações acessadas pelo compromisso da utilização destes apenas para fins da pesquisa ora apresentada, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 446/12 do Ministério da Saúde.

A pesquisa em campo só foi iniciada após aprovação no Comitê de Ética da ENSP sob o Parecer nº: 5.004.844 cuja situação foi deferida como Aprovado, não tendo sido necessária a apresentação à CONEP.

Os documentos de acesso restrito só foram acessados mediante a devida autorização através do Termo de Autorização de Acesso/Usos de Dados ao responsável pela instituição pesquisada.

A *coleta documental* precisou ser realizada (in loco) e ocorreu em dois dias de acordo com a anuência do responsável institucional, portanto a fim de mitigar os riscos, em razão da pandemia pela Covid-19, foi respeitada pela pesquisadora as orientações sanitárias como o distanciamento físico dos profissionais que auxiliarem no acesso ao banco de dados, bem como a higienização das mãos e utilização de máscara durante o período da coleta documental de forma a minimizar prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa em conformidade com a Carta Orientadora CNS/CONEP de 05/06/2020.

Todos os participantes foram devidamente informados quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa, suas identidades foram preservadas e apenas mediante a leitura e o consentimento voluntário dos participantes a entrevista foi realizada, através do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), disponibilizado um para cada perfil de participante (Profissionais de saúde da ESF e ACE / Gestor, Gerentes e Coordenadores). O consentimento foi realizado de forma digital considerando o contexto de isolamento social. E respeitando a Resolução 510/2016 e as orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais que embasou a elaboração desta proposta e também foi submetida ao CEP. As entrevistas e os encontros só foram iniciados após estas etapas. Foi assumido o compromisso de encaminhar os resultados da pesquisa aos participantes para concordância antes da redação final da dissertação.

Os riscos que a pesquisa apresentou foram a quebra do segredo em relação à identificação dos participantes do estudo e/ou o constrangimento em responder alguma pergunta. Entretanto, a pesquisa foi desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação dos dados coletados. Para a preservação da identidade dos participantes estes foram

identificados por códigos. No entanto foi preciso admitir o risco de possíveis associações aos participantes membros da gestão uma vez que cargos de gestão são ocupados por uma pessoa. Para minimizar os riscos de violações de dados virtuais nas redes as gravações foram salvas apenas no computador da pesquisadora e armazenada pela mesma em segurança.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES: PERFIL DOS ENTREVISTADOS E DAS UNIDADES.

Em maio de 2020 a presidência da Fiocruz em um de seus posicionamentos acerca da evolução da Covid-19 no Rio de Janeiro e sua interiorização orientava as medidas de restrição de mobilidade a serem tomadas pelos municípios e que estes deveriam considerar para além do número de casos e óbitos, mas principalmente a tendência da epidemia de acordo com a região do estado, a disponibilidade de leitos e equipamentos, a adequação do quadro de profissionais de saúde e que todos esses indicadores deveriam ser monitorados e considerados para a tomada de decisões a nível de estado e municípios, de modo a evitar medidas isoladas ou precipitadas (FIOCRUZ, 2020)

Para a implantação de tais medidas deveria ser levada em consideração o aumento da complexidade na APS e as evidências de colapso no sistema de saúde (ABRASCO, 2020).

No mesmo período eram lançados o protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na APS pelo Ministério da Saúde, Notas Técnicas do Observatório Covid-19 da Fiocruz, recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de diversas outras publicações da comunidade científica brasileira a respeito das potencialidades de enfrentamento da pandemia a partir da reorganização da APS.

Tais orientações também fizeram parte do grupo de documentos fornecidos na coleta de dados, tendo sido considerados como apoio do Gabinete de Crise da SMS/Angra no início da pandemia e portanto do planejamento das ações de intervenção.

Considerando a implementação de uma intervenção como um processo dinâmico de dimensão política, técnica e organizacional e que sofre influência de contextos internos e externos imprevisíveis, este estudo de caso analisou a implementação de ações para vigilância da Covid-19 no âmbito das ESFs no município de Angra dos Reis.

Para a análise documental foram considerados os documentos que comprovaram o planejamento e organização das ações de enfrentamento da pandemia pelo Gabinete de Crise instituído para este fim.

Ações de vigilância utilizadas na atenção primária à saúde no município de acordo com a análise documental:

Segundo o plano de enfrentamento da Covid-19 pela SMS/Angra foi realizada a revisão das ações de saúde de forma a conter o avanço e contágio da doença onde a atenção

primária precisou buscar maneiras criativas e inovadoras de manter-se em atividade, aproveitando seu diferencial de territorialidade e vínculo com a população, ao mesmo tempo cuidando para que não ocasionasse situações de risco aumentado de transmissão entre os usuários, bem como dos profissionais.

Foi desenhado e implementado um fluxograma específico onde a eSF atendia os pacientes com suspeita de Covid-19 em demanda espontânea para acolhimento, notificação e encaminhamento. Os casos sem sinais de gravidade eram direcionados ao isolamento domiciliar e monitoramento. Para os casos com sinais e sintomas moderados deveria ser acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para transportar os pacientes para uma das Tendras, estruturadas exclusivamente para pré-atendimento de Covid-19. Por fim pacientes que chegassem as unidades de ESF com sinais e sintomas graves como via aérea avançada deveria ser feita a solicitação de internação e acionava-se também o SAMU para estabilização e transporte dos pacientes até o Hospital designado como referência para internação clínica e de terapia intensiva de Covid-19.

Paralelamente e com o avanço da epidemia e expansão de número de casos, o monitoramento inicialmente centralizado pela vigilância em saúde da secretaria precisou ser descentralizado.

Assim, foi constituída no município uma coordenação de monitoramento dos pacientes suspeitos/confirmados, notificados à vigilância epidemiológica, para monitoramento por telefone e outras formas como visitas peridomiciliares (adaptação da visita domiciliar para acesso apenas ao lado externo das residências) para acompanhamento, identificação precoce de agravos/complicações e reforço das recomendações de isolamento social. Essa equipe foi composta por profissionais APS, que encaminhavam seus achados a equipe interna da secretaria a fim de coordenar e consolidar as informações em nível central e distrital dos casos de pacientes em área coberta por ESF.

A coordenação de monitoramento Covid-19 da APS teve por objetivo identificar entre os pacientes notificados aqueles pertencentes a territórios adscritos a unidades de saúde da família, organizar listagens dos pacientes segmentados por distrito e unidade, com informações que permitissem o contato telefônico ou por outros meios (como visita peridomiciliar), com o paciente, para monitoramento a cada hora (padronizados às segundas, quartas, e sextas) ou horas em casos de risco aumentado.

Acerca do Monitoramento de casos, o Ministério da Saúde orientou que os pacientes notificados com suspeita de Covid-19 fossem monitorados a cada 24 ou 48 horas, dependendo do quadro clínico. Em Angra dos Reis, entre os meses de março e abril de 2020 este monitoramento foi realizado exclusivamente pela equipe de saúde coletiva e envolveu os profissionais da vigilância ambiental e atenção primária. Com o aumento do número de casos notificados, adotou-se na semana epidemiológica 18 (De 26/04/2020 a 02/05/2020) a estratégia de monitoramento, que se manteve em vigor até a semana epidemiológica 50 (De 06/12/2020 a 12/12/2020). Ao longo da intervenção as estratégias de expansão da ação foram adaptadas em função do aumento do número de casos.

Assim a APS passou a monitorar os pacientes de sua área de cobertura e a equipe de Saúde Coletiva, ficou responsável pelos pacientes residentes em área descoberta por equipe de ESF, especificamente nos bairros de Monsuaba e parte de Jacuecanga (no 3º distrito), Condomínio Cidadão da Banqueta e Japuíba (no 2º distrito). Para essas áreas houve o apoio dos agentes de combate a endemias no monitoramento, uma vez que não poderiam, em razão da pandemia, realizar suas atividades de vigilância ambiental nos territórios.

As fichas de notificação, ao chegarem na SMS/Angra, eram planilhadas pela equipe de Vigilância Ambiental e encaminhadas para as equipes de APS. Os pacientes que moram em áreas descobertas por ESF foram acompanhados somente por telefone pela equipe de Saúde Coletiva, que desde março/2020 foi ampliada com médicos e outros profissionais de saúde de nível superior que, naquele momento, não podiam estar na linha de frente por fazerem parte do grupo de risco para Covid-19.

A equipe de monitoramento subordinada à diretoria de atenção primária produzia os relatórios de produção onde eram acompanhados os casos entrantes, destes separavam o total de casos de cobertura de ESF, além de casos ativos e casos encerrados. Também foram acompanhados diariamente os testes realizados, os resultados negativos e positivos, as recusas em realizar e os absenteísmos. Estes foram gerenciados em planilha própria, desenvolvida pela equipe de monitoramento

Diariamente as fichas de notificação recebidas pela vigilância ambiental foram digitadas em um arquivo enviado para a coordenação de monitoramento da AP; nesse, são identificados e separados os que pertençam às áreas coberta por ESF que são plotados em outro arquivo de casos em monitoramento da AP. Desse arquivo geral de casos, que era atualizado diariamente, segundo a coordenação de monitoramento, foram compostas listagens com os dados de pacientes a serem monitorados pela unidade. Essas listagens eram construídas à

véspera de cada data padronizada de monitoramento, onde constavam informações de contato, endereço, sinalização de condição de comorbidade / risco aumentado, condição de ser trabalhador de saúde, data de início de sintomas e de notificação. No monitoramento, a equipe através de um formulário próprio desenvolvido pela coordenação de monitoramento, interrogava o paciente sobre existência de sintomas no momento, possíveis sinais de agravo ou necessidade de internação, reforçava as orientações de isolamento, além de buscar informações de familiares e outros contactantes do mesmo domicílio do paciente. O monitoramento de cada paciente era mantido por pelo menos 14 dias a partir da data de início dos sintomas, podendo ser estendido caso o paciente mantivesse a queixa de sintomas respiratórios. Quando confirmado pela eSF do território e sinalizado à coordenação de monitoramento que o paciente tinha 14 dias ou mais a partir do início dos sintomas e estivesse sem sintomas respiratórios o monitoramento do paciente era encerrado. Outra ação realizada pela equipe de monitoramento foi a alta responsável onde era encaminhada para a eSF uma lista com os pacientes de seus territórios que receberam alta das unidades hospitalares para o devido acompanhamento pós alta.

O trabalho foi desenvolvido em arquivo de planilha digital, com o desenvolvimento de um conjunto de fórmulas viabilizando a rotina de construção de um relatório semanal, por semana epidemiológica e mensalmente a quantidade de casos novos, taxa de incidência por distrito, avaliação de tempo entre início dos sintomas e atendimento, tempo entre a notificação e registro pela vigilância sanitária, proporções de gênero, ocorrências por distrito, perfil etário, proporção de pacientes testados (com discriminação do resultado entre positivo e negativo), pacientes com testagem pendente, e encerramentos de casos por semana. Os resultados obtidos com essa ação, de acordo com a coordenação do serviço de monitoramento permitiram o acompanhamento nominal de cada caso, conhecimento do cenário epidemiológico e seu uso em tomadas de decisão de organização da rede municipal e suporte aos distritos sanitários e unidades que precisaram de intervenção.

Durante a análise documental das referidas planilhas foi possível identificar as dificuldades relatadas pelas eSF para a implementação da ação nas unidades tais como: equipe insuficiente e falta de profissionais, especialmente no segundo distrito nas áreas mais populosas, elevação do número de casos, dificuldades de quantitativo de computadores disponíveis, falta de telefones nas unidades com acesso livre a ligações, pacientes que não atendiam o telefone, pacientes não localizados em visita de busca ativa. Quanto ao acompanhamento pós alta as dificuldades relatadas foram as irregularidades de envio das informações de alta

dos casos suspeitos/confirmados de Covid-19, problemas no recebimento de informações por falha no fluxo de e-mails, dias em que não havia notificação, falta de respostas na adequação de fluxo por parte das equipes de ESF, relato de que algumas unidades não dão resposta quanto ao agendamento/atendimento pós alta.

O setor de Vigilância Sanitária em ação conjunta com as demais equipes de fiscalização do Município, percorreu os estabelecimentos comerciais e instituições em geral no intuito de garantir o cumprimento dos Decretos publicados pela Prefeitura de Angra dos Reis.

O Programa Especial de Saúde Indígena, junto aos profissionais que atuam na unidade de saúde localizada dentro da comunidade, realizou um trabalho constante de prevenção, que incluiu doações de máscaras; orientação; visita domiciliar; busca ativa e isolamento a fim de ofertar o suporte à população indígena. Foram desenhadas ações para esse público específico considerando o Plano de Contingência, composição da equipe, equipamentos de proteção individual, insumos específicos como oxímetro e termômetro, medicamentos para síndrome gripal e testes, essas ações tiveram a parceria da Fundação Oswaldo Cruz.

De abril a agosto de 2020 foram deslocadas equipes para a realização de testes rápidos em domicílio em população pertencente ao grupo de risco.

Para a análise documental também foi considerado o site criado pelo governo local com informações específicas para a Covid-19 (<https://coronavirus.angra.rj.gov.br/>) para divulgação do cenário epidemiológico e tornar público os Decretos e Leis municipais com medidas adotadas pelo governo municipal para contenção da COVID-19. Ao acessar o site era possível visualizar um Quadro com o cenário Covid-19 no Município contendo N° de confirmados, suspeitos, descartados, internados, recuperados, óbitos e taxa de ocupação hospitalar. Logo abaixo era possível acompanhar painéis informativos como o vacinômetro, contendo o número de doses de vacinas contra a Covid-19 aplicadas de acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação e o covidômetro instrumento de alerta com sinalização de cores para a situação epidemiológica e definição dos serviços municipais que se manteriam funcionando ou não, sendo (verde: alerta, amarelo: alerta máximo, laranja atenção máxima e vermelho: situação grave). Neste site também foi possível acessar os boletins epidemiológicos e extrair relatórios por bairro distrito. A atualização deste ocorreu diariamente até o dia 26/11/2021 quando a internação por Covid-19 chegou a zero, período também em que estavam sendo finalizadas as coletas de dados para este estudo.

A partir dessa descrição inicial e geral das ações que envolveram a APS no âmbito das ESFs e construída com apoio da análise documental foi possível corroborar as informações com as entrevistas realizadas, onde as análises respeitaram a mesma divisão de grupos entrevistados: gestão, profissionais da ESF e agentes de combate à endemias.

As ações de vigilância utilizadas na APS do município estudado foram identificadas pela abordagem da estrutura e organização dos serviços divididos em blocos: perfil das unidades; o planejamento das ações (Planos, fluxos, disponibilidade de insumos, segurança do paciente e do trabalhador em saúde) e governabilidade local (autonomia e relação interfederativa) e gestão compartilhada da atenção; Organização do trabalho na ESF para a pandemia (Ações de Vigilância); Organização do trabalho na ESF para a continuidade do cuidado; integração da vigilância em saúde com a ESF; Estruturação da Rede de Atenção à Saúde na assistência ao paciente com quadro moderado ou grave de Covid-19, Promoção da Saúde no Território, Vacinação contra a Covid-19 ; e as Experiências (Expectativas, reflexões, sugestões e planejamentos).

O perfil dos profissionais entrevistados foi elaborado a partir dos critérios de sexo, faixa etária e tempo na função e explicitado na tabela 04:

Tabela 4: Perfil dos Entrevistados

CRITÉRIOS	GESTÃO	ESF	ACE
	Percentual das respostas		
	%	%	%
SEXO			
Masculino	25	25	-
Feminino	75	75	100
FAIXA ETÁRIA			
31-40 anos	62,5	43,8	50
41-50 anos	12,5	43,8	25
51-60 anos	12,5	12,5	25
>60 anos	12,5	-	-
TEMPO NA FUNÇÃO			
De 1-5 anos	75	12,5	-
De 6-10 anos	12,5	12,5	50
>10 anos	12,5	75	50

Fonte: Elaboração própria com base na tabulação das respostas pelo software NVivo.

Dos atores-chave que aceitaram participar do estudo 75% das profissionais da gestão e das profissionais da ESF são do sexo feminino e as profissionais agentes de combates de endemias são 100% do sexo feminino, demonstrando um percentual significativo de mulheres atuando no enfrentamento da pandemia.

A faixa etária de 31-40 anos apareceu predominando dentre os gestores e agentes de endemias, correspondendo a 62,5% e 50% respectivamente, já dentre os profissionais de saúde duas faixas etárias se dividem em predomínio de 31-40 anos e de 41 a 50 anos correspondendo a 43,8% em cada. A faixa etária acima de 60 anos, grupo considerado de maior risco durante a pandemia, foi evidenciada apenas no grupo da gestão e longe da assistência, correspondendo a 12,5%.

Foi possível observar longevidade no tempo de função dos profissionais de ESF onde 75% possuíam mais de 10 anos de atuação. No grupo dos ACEs 50% tinha de 6 a 10 anos de experiência na atuação e os outros 50% mais de 10 anos. Todos os profissionais exerciam suas funções antes da pandemia. É importante ressaltar que apesar do gabinete de crise ter sido instituído apenas em razão da pandemia, 75% dos membros entrevistados já atuavam na gestão na faixa de 1 a 5 anos.

O regime de trabalho observado foi majoritariamente estatutário, e apenas 18,8% dos entrevistados não são servidores públicos tratando-se dos Agentes Comunitários de Saúde com regime pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e atuação na APS por período superior à 5 anos. Tempo de função e regime de trabalho são critérios importantes para considerar a sustentabilidade política fator de influência na governabilidade e autonomia durante a pandemia.

Já o perfil das unidades foi elaborado a partir dos critérios de equipamentos, insumos, capacitação, organização e foi explicitado na tabela 05:

Tabela 5: Perfil das Unidades

CRITÉRIOS	GESTÃO	ESF	ACE
	Percentual das respostas		
	%	%	%
Internet nas Unidades			
Sim	87,5	81,3	Critério não incluso ¹
Não	12,5	18,8	
Qualidade da Internet			
Bom	42,9	18,8	Critério não incluso
Regular	42,9	56,3	
Ruim	14,3	6,3	
Não se aplica	0	18,8	-
Telefone Fixo nas Unidades			
Sim	87,5	93,8	Critério não incluso
Não	12,5	6,3	
Função do Telefone Fixo			

¹ Os critérios não inclusos tratam-se de questões não presentes no questionário daquele grupo dadas suas especificidades.

Do usuário com os profissionais	37,5	43,8	Critério não incluso
Dos profissionais com o usuário	0	0	
Ambos	62,5	50	
Não se aplica	0	6,3	
Disponibilidade de Celular nas Unidades			
Sim	12,5	6,3	Critério não incluso
Não	87,5	93,8	
Utiliza celular pessoal para contatar usuário			
Sim	Critério não incluso	100	Critério não incluso
Não		0	
Disponibilidade de EPI contra Covid-19			
Sim	100	100	100
Não	0	0	0
Capacitação Uso dos EPIs			
Sim	100	56,3	50
Não	0	43,8	50
Capacitação sobre a Covid-19			
Sim	100	50	25
Não	0	50	75
Oxímetro			
Suficiente	87,5	50	Critério não incluso
Insuficiente	12,5	50	
Inexistente	0	0	
Oxigênio			
Suficiente	0	6,3	Critério não incluso
Insuficiente	25,0	25	
Inexistente	62,5	68,8	
Não soube informar	12,5	0	
Termômetro Infravermelho			
Suficiente	87,5	56,3	Critério não incluso
Insuficiente	12,5	31,3	
Inexistente	0	12,5	

Fonte: Elaboração própria com base na tabulação das respostas pelo software NVivo.

A descrição a seguir considerou trabalhar de forma que as opiniões dos diferentes entrevistados fossem preservadas da maneira mais fiel possível, onde os dados foram tratados como fatos (MINAYO et al., 2005).

Iniciando pelo perfil das unidades, quanto aos recursos tecnológicos de comunicação e atendimento, a disponibilidade de internet nas unidades foi relatada por 87,5% dos membros da gestão e 81,3% dos profissionais da ESF indicando a informatização na maioria das unidades. Porém quanto a qualidade foi considerada boa por 42,9% da gestão e apenas 18,8% dos profissionais que em sua maioria a considerou regular 56,3% e a minoria apenas 6,3% a considerou ruim.

A disponibilidade de telefones fixos nas unidades também foi confirmada em maioria tanto pela gestão 87,5% como pelos profissionais 93,8%. Já sobre a função do telefone 62,5% e 50% dos profissionais confirmaram que servem tanto para contato dos profissionais com o usuário como para contato do usuário com os profissionais.

Chama bastante atenção a indisponibilidade de telefones celulares funcionais nas unidades de ESF, especialmente nesse contexto onde os contatos telefônicos e utilização de mídias sociais foram amplamente utilizadas e necessárias em razão do distanciamento social. A minoria confirmou a disponibilidade apenas 12,5% da gestão e 6,3% dos profissionais, que teve como consequência a confirmação de 100% dos profissionais sobre a utilização de celulares pessoais.

Pensando nos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) contra a Covid-19 que também foi questionada aos ACEs a disponibilidade de tais insumos foi confirmada por 100% da gestão, 100% dos profissionais, e ainda 100% dos ACEs o que conta como fator bastante positivo na proteção dos usuários, dos trabalhadores e para o próprio enfrentamento da pandemia (BOUSQUAT, 2020).

Tal convergência de informações não foi observada a respeito das capacitações sobre o uso dos EPIs onde 100% dos gestores afirmaram ter sido ofertada, porém apenas 56,3% dos profissionais e 50% dos ACEs confirmaram terem-na recebido. Situação parecida foi observada quanto à capacitação sobre a Covid-19 em que 100% da gestão afirmou terem sido ofertadas porém confirmaram ter recebido apenas 50% dos profissionais e 25% dos ACEs. Isso significa dizer que apesar da oferta da capacitação, confirmada inclusive com as listagens de presença na análise documental, esta atingiu a minoria dos profissionais.

Cabe enfatizar que a gestão reconhece que a identificação e manejo de casos e manejo do risco de contágio requer a capacitação para a segurança e enfrentamento da pandemia, porém é preciso repensar as estratégias de capacitação para conseguir que sejam implementadas a fim de atingir o maior número possível de profissionais na ponta.

Em relação aos insumos para aferição de sinais que indiquem suspeita de Covid-19, monitorar a saturação de oxigênio é fundamental para a tomada de decisão sobre o manejo e o encaminhamento de usuários. Evidências referem queda na saturação de oxigênio a níveis graves, mesmo em pacientes com poucos sintomas respiratórios (BOUSQUAT, 2020).

O oxímetro foi considerado suficiente por 87,5% da gestão, porém na prática dos profissionais apenas 50% considerou sua quantidade suficiente. A inexistência do insumo não foi relatada por nenhum dos entrevistados.

A inexistência de oxigênio foi relatada por 62,5% dos profissionais da gestão e 68% dos profissionais das unidades. Apesar da existência dos Centro de Triagens (Tendas) devidamente equipados, as unidades de ESF continuaram sendo a primeira opção de muitos usuários, além da identificação de casos em usuários que procuraram a unidade por outro tipo

de atendimento, sendo importante repensar a infraestrutura mínima de primeiro atendimento nessas unidades.

A febre é um sintoma comum de infecção pelo coronavírus e a capacidade de avaliar a temperatura dos usuários com rapidez, segurança e acurácia é essencial tendo sido preconizado o uso de termômetro infravermelho (BOUSQUAT et al., 2020).

O termômetro infravermelho foi considerado suficiente por 87,5% da gestão porém por apenas 56,3% dos profissionais o considerou suficiente na prática, a inexistência do insumo foi relatada ainda por 12,5% desses profissionais.

6.2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA COVID-19 NO ÂMBITO DAS ESFS SEGUNDO A GESTÃO

No bloco 2 denominado Covid-19 - Planejamento das Ações: Considerando as orientações de estabelecimento de uma linha de cuidado específica e as ações conduzidas pela gestão para o enfrentamento da Covid-19 todos os coordenadores entrevistados mencionaram a criação do gabinete de crise na secretaria como o grupo de trabalho condutor de tais ações.

Todos os coordenadores entrevistados confirmaram a Elaboração de plano de contingência municipal reiterando a participação de todas as áreas da secretaria e seus respectivos atores-chave. Sobre a Análise do impacto da epidemia nos serviços de AB/APS no município a informação é de que esta era abordada em reuniões periódicas. Todos confirmaram o planejamento da reorganização de serviços de AB/APS, o Levantamento de necessidades de apoio logístico e operacional para AB/APS onde foi mencionado inclusive que houve o apoio da vigilância sanitária na função, confirmaram ainda o Levantamento de necessidades de insumos e equipamentos para as UBS e nesta etapa foram incluídos os testes para Covid-19. Sobre a Organização de atividades de vigilância epidemiológica específicas um dos entrevistados enfatizou que todas as unidades ficaram responsáveis por seus territórios. Quanto à Organização de atividades de vigilância sanitária específicas um dos coordenadores explicou que as equipes foram à campo para atuar nas medidas de contenção e isolamentos com base nos decretos; Todos confirmaram o Levantamento de necessidade de EPIs para profissionais da AB/APS e um coordenador recordou que essa demanda foi endossada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Todos confirmaram a distribuição de equipamentos de EPI para as UBS endossando que esta ocorre rotineiramente. Todos confirmaram a realização de Capacitação dos profissionais de saúde

para uso dos EPIs e de Capacitação dos profissionais de saúde sobre a Covid-19, porém um coordenador não recordou se houve para todas as unidades, e outros dois coordenadores informaram que a capacitação sobre a Covid-19 ocorreu através de plataforma digital.

Sobre a definição de UBS específicas para o atendimento da Covid-19 no município os entrevistados foram unânimes em discorrer sobre a criação dos centros de triagem para atendimento aos pacientes sintomáticos respiratórios em apoio as ESF que ficaram com a função de acolhimento e encaminhamento.

Sobre a realização de atividades de vigilância sanitária específicas em instituições de longa permanência para idosos apenas um entrevistado não soube responder, os demais afirmaram que sim e que não somente as duas instituições de longa permanência do município receberam tais cuidados como também a instituição voltada para pessoas com deficiência, a casa abrigo de crianças e adolescentes, a aldeia indígena e a comunidade quilombola, a ainda por ação intersetorial junto ao Centro de Referência em Assistência Social buscaram assistir à população de rua.

A dificuldade para a compra de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) foi evidenciada no contexto do aumento da demanda, redução da oferta e elevação dos preços a nível Nacional, porém como estratégia para enfrentar a situação desenhou-se um protocolo determinando tipo e quantidade de EPI por perfil de unidade e serviço, além do apoio recebido pela SES/RJ e pela Secretaria Municipal de Ação Social não tendo sido relatado desabastecimento.

Em relação ao afastamento dos profissionais pertencentes ao grupo de risco foram afastados todos os profissionais vinculados a Prefeitura Municipal de Angra dos Reis, mediante Decreto Municipal ou ficaram trabalhando em modelo “home office” quando possível. Todos responderam que houveram muitos casos de Covid-19 dentre os profissionais da ESF e também da própria gestão, foi reportado inclusive 01 óbito por Covid-19 de uma funcionária da ESF que estava gestante.

Quanto aos testes rápidos disponibilizados os coordenadores informaram que além dos testes comprados pela SMS/Angra também foram disponibilizados testes provenientes do Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ e que ambos tinham validade pelo INCQS.

A autonomia da gestão local frente as especificidades da região foi observada por todos os coordenadores, foi destacado nesse contexto o pioneirismo em relação a instalação dos Centros de Triagem distribuídos em todos os distritos sanitários com proximidade tanto

das unidades de ESF quanto dos Serviços de Pronto atendimento, a fim de reduzir a sobrecarga dos serviços existentes, pela tentativa de manutenção e continuidade destes, bem como respeitar a separação de fluxo conforme recomendado para a organização das unidades como ambientes seguros. O respeito as hierarquias federativas também foi mencionado, porém destacado a ausência de consenso entre os níveis especialmente o nível Federal como fator dificultador da adesão à ações por parte da população.

O Monitoramento das ações foi dividido em monitoramento dos estabelecimentos e inspeções por parte da vigilância sanitária, monitoramento da situação de saúde pelo acompanhamento do número de casos, testagens, taxa de ocupação dos leitos, em especial do hospital de referência disponibilizado exclusivamente para internações por Covid-19. Foi criada uma ficha de notificação de síndrome gripal diferenciada e uma planilha específica e instituído pelo gabinete de crise um setor de monitoramento que integrava as equipes das vigilâncias sanitárias, ambiental, epidemiológica, atenção primária, especializada e rede de urgência gerando um produto o relatório epidemiológico do cenário local consequência da descentralização das ações.

Quadro 1: Planejamento das Ações e Governabilidade da Gestão

Questões Bloco 2 Gestão: Covid-19	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<i>“Todos participaram da elaboração do plano de enfrentamento que era constantemente revisado por conta das demandas que surgiam.” (Coord.01)</i>	Gabinete de crise.
<i>“sintomáticos respiratórios, todo paciente que acessava a unidade era interrogado sobre isso e a gente tinha as tendas que foram estabelecidas”. (Coord02)</i> <i>“algumas unidades da ESF seriam a porta de entrada, o acolhimento pra Covid. Só que depois a gente optou em fazer as tendas. Entao as ESFs ficavam em acolher e direcionar pra tenda.”(Coord04)</i> <i>“Específicas, nós tivemos as tendas...mas as unidades também receberam.”(Coord07)</i>	Tendas / Centro de triagem
<i>“aumentou muito a demanda e, também na hora de fazer a compra, os preços dispararam... nós redigimos protocolo, quais equipes e que tipo de EPI ia usar.”(Coord01)</i> <i>“a gente teve um apoio da ação social...o município já tinha um quantitativo de EPI.”(Coord04)</i>	EPI

<p><i>“eu acho que foi a nível Brasil mas não faltou, mas a dificuldade de aquisição houve.” (Coord08)</i></p>	
<p><i>“Autonomia acredito que sim né...a ausência de consenso entre as esferas digamos assim dificultaram as implementações ou adesão das ações.”(Coord02)</i></p> <p><i>“a gente teve total autonomia na verdade ...então a gente optou em fazer os centros de triagem...e deu muito certo, a gente desafogou a ESF, os prontos atendimento.”(Coord04)</i></p> <p><i>“teve momentos que a gente ‘tava’ em lockdown e, outras cidades não estavam.”(Coord05)</i></p>	<p>Autonomia local</p>
<p><i>“a gente teve que descentralizar isso e levar para as ESFs... e cada unidade fazia o monitoramento do seu território... serviram bastante para gente fazer essas intervenções e mostrar inclusive para os órgãos a importância do enfrentamento à doença.”(Coord01)</i></p> <p><i>“a equipe da vigilância ambiental que não ia poder ficar na rua por conta da pandemia, botamos eles pra digitar essas fichas, separamos em planilha...essa planilha diariamente era enviada pra atenção primaria e a atenção primaria monitorava.”(Coord04)</i></p>	<p>Monitoramento</p> <p>Descentralização das ações</p> <p>Integração entre VS e APS</p>
<p>Categoria temática: Fatores contextuais que facilitaram a implementação</p>	

Fonte: Elaboração Própria

O terceiro bloco de investigação considerou o campo de atuação da APS na Covid-19 que conforme as recomendações dos especialistas sobre a linha de cuidado faz parte deste campo a Vigilância à Saúde com ênfase na vigilância epidemiológica, considerando que a ESF através de seu conhecimento no território propicia maior entendimento do cenário e da situação de saúde da população adscrita. E Tratou portanto da Organização do trabalho na ESF para enfrentamento da pandemia (Engstrom et al, 2020).

Das principais ações de acordo com os coordenadores foram destacadas o acolhimento, a triagem e encaminhamento dos sintomáticos respiratórios ao Centro de Triagem Covid-19, também denominados “Tendas”, o monitoramento dos casos, a restrição das agendas de maneira a reduzir o fluxo de pessoas circulando nas unidades, os atendimentos prioritários, a visita adaptada para o modelo peridomiciliar, a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e o acompanhamento pós alta-hospitalar e a vacinação contra a Covid-19.

Os coordenadores relataram que o Acompanhamento dos casos por parte dos profissionais da ESF foi realizado com adaptação as recomendações de distanciamento, com a

utilização de recursos tecnológicos já existentes nas unidades como o telefone fixo e também com o apoio, não formal, de recursos tecnológicos de uso pessoal como celulares e aplicativos de redes sociais como whats app. Para este fim as visitas domiciliares foram adaptadas para peridomiciliares e realizadas quando imprescindível ou por insucesso no contato telefônico com algum paciente. A retomada das visitas domiciliares se deu de forma gradativa e mediante cenário epidemiológico. Os Agentes Comunitários segundo a gestão tiveram suas atividades no território suspensa no início do planejamento das ações, porém se mantiveram realizando as atividades prioritariamente nas unidades, dadas as recomendações de distanciamento social.

A identificação dos usuários e famílias mais vulneráveis, especialmente quanto à insegurança alimentar e nutricional não apresentou por parte deste grupo de entrevistados um modelo bem definido, porém os relatos demonstram a realização dessa identificação especificamente pela escala de Coelho e Savassi² e todos os coordenadores confirmaram que as ESFs realizam o acompanhamento das condicionalidades de saúde de programas como o Bolsa Família, inclusive com o cruzamento dos dados via sistema junto à Secretaria Municipal de Ação Social como ação intersetorial.

Ainda neste bloco estão contidas as questões sobre as ações de informação, educação e comunicação que visam a promoção da saúde e nas recomendações da linha de cuidado da Covid-19 deveriam ocorrer no âmbito dos territórios, com acesso da comunidade (Engstrom et al., 2020). Os meios de comunicação em saúde foram observados por parte dos coordenadores de maneiras diversas, uma vez que tais ações foram realizadas com apoio destes mas aos cuidados de outro setor, porém foram relatadas as ações: Mídias sociais, sites da prefeitura, cartazes, panfletos, propaganda, rádio, sala de espera. As dificuldades gráficas em virtude do “lockdown” inicial também foi relatada por um dos coordenadores.

Do ponto de vista da maioria dos coordenadores a integração entre os serviços de vigilância em saúde e a atenção primária à saúde se fez fundamental no planejamento das ações, com destaque ao que tange o levantamento da infraestrutura existente em comparação à recomendada para atendimento à Covid-19 na ESF, o reconhecimento da atenção primária

² A Escala de Coelho e Savassi é um instrumento que auxilia na avaliação do risco de vulnerabilidade familiar, principalmente social, e se baseia em sentinelas de risco que devem ser avaliadas pela equipe de saúde, em especial pelos ACS por estarem mais próximos às famílias e realizarem visitas domiciliares (BRASIL,2018).

enquanto ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O exposto corrobora o preconizado pelo Ministério da Saúde no que tange o fortalecimento do diálogo entre a gestão e equipes de APS e VS por análise conjunta das ações baseadas nas necessidades dos territórios na busca de mudanças positivas no cuidado e processo saúde doença. (BRASIL, 2018)

A integração foi melhor evidenciada pelos entrevistados no primeiro ano da pandemia, período de maior atuação do gabinete de crise, que demonstrou estreitamento da comunicação, planejamento e tomada de decisão entre as diversas áreas da gestão da SMS/Angra, inclusive um dos entrevistados sugere a manutenção do grupo de trabalho para enfrentamento de situações para além da pandemia, ao menos uma vez ao mês, dada a exitosa experiência.

Quadro 2: Organização do trabalho na ESF para enfrentamento da pandemia – Gestão

Questões Bloco 3 Gestão: Organização da ESF contra a Covid-19	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<p><i>“na atenção primária de início teve uma restrição mais severa dos atendimentos até pra ter uma reorganização e planejamento depois houve a organização dos atendimentos mais prioritários.”(Coord02)</i></p> <p><i>“Na ESF a gente tem a busca ativa de sintomáticos respiratórios os testes pros sintomáticos, faz o monitoramento e acompanhamento de todos e sintomáticos respiratórios o monitoramento e acompanhamento de todos que recebem alta hospitalar.”(Coord03)</i></p> <p><i>“atualmente a responsabilidade da vacinação.”(Coord04)</i></p> <p><i>“todos que chegassem com qualquer sintoma. já era triado, era orientado, feita a notificação do isolamento. A questão da vacina ESF que ‘tá’ fazendo.”(Coord07)</i></p>	<p>Triagem/Acolhimento</p> <p>Encaminhamento ao Centro de Referência Covid-19</p> <p>Monitoramento dos casos</p> <p>Restrição das agendas</p> <p>Atendimentos prioritários</p> <p>Visita Peridomiciliar</p> <p>Busca ativa de sintomático</p> <p>Acompanhamento pós alta</p> <p>Vacinação</p>
<p><i>“Principalmente telefonema, whats app, tele consulta também chegou a acontecer até teve criação de um código SIG TAP para isso...visita domiciliar bem mais pontual até por conta das recomendações.”(Coord02)</i></p> <p><i>“quando tava o “boom” da pandemia mesmo, mas agora já conseguem fazer visita domiciliar, whats app a ESF não tem telefone funcional, então é so quando o agente comunitário, ou o enfermeiro da a liberdade de usar o telefone pessoal.”(Coord04)</i></p>	<p>Telefonema</p> <p>Whats app</p> <p>Teleconsulta</p> <p>Visita peridomiciliar</p>
<p><i>“todas as unidades possuem a ACS as atividades eram</i></p>	

<p><i>prioritariamente na unidade com ações mais restritivas muito do contágio mas se dedicando especificamente as questões de acompanhamento dos pacientes no monitoramento de pacientes suspeitos ou confirmados.”(Coord02)</i></p>	<p>Atividades dos ACS</p>
<p>Categoria Temática: Ações de vigilância no âmbito da ESF</p>	
<p><i>“...seja por acompanhamento de questões do bolsa família do SISVAN e até por conhecer o território... pelo cras também a gente teve ações de entrega de insumos de higiene a Secretaria de educação também aonde tínhamos alunos que estavam sem aula em casa”(Coord02)</i></p> <p><i>“a escala de coelho o marcador de consumo alimentar o cadastro do SISVAN...o plano de cuidado individual do usuário junto à equipe do NASF... parceria com CRAS, CREAS, MP.”(Coord03)</i></p> <p><i>“área da ATAN inclusive na Secretaria a gente tem uma área de nutrição que essa área ela está sempre em contato com a ESF fazendo essa abordagem.”(Coord08)</i></p>	<p>Bolsa Família Vigilância Alimentar e Nutricional Ações intersetoriais</p>
<p><i>“Nas unidades a gente também fazia cartazes, orientava a fazer cartazes, deixar cartaz na unidade, panfleto, a questão do ônibus também a gente teve informações nos ônibus e no nosso boletim oficial, do município, no site da prefeitura.”(Coord01)</i></p> <p><i>“cartaz, panfleto, sim, sala de espera é enquanto usuário ficava ali um pouquinho na espera eles faziam a respeito do covid né “Foi mais mensagem virtual né a gente começou a confeccionar cards pra publicar nos sites da prefeitura,instagram.”(Coord04)</i></p>	<p>Cartazes Panfleto Propaganda Sala de espera Mídias sociais</p>
<p><i>“nós visitamos todas as ESFs e fizemos um relatório para atenção básica dizendo quais eram as ESFs que não tinham condição nenhuma de atendimento.”(Coord01)</i></p> <p><i>“Existe, boa parte não é direta, vem pelas ações de atenção primária e então capilariza”.(Coord02)</i></p> <p><i>“todas as vigilâncias atuaram juntas com a atenção primaria e com a atenção terceirizada, a gente não conseguiu trabalhar sozinho.”(Coord04)</i></p> <p><i>“quando o cenário ‘tava’ pior a gente estreitou mais os laços. E agora que o cenário deu uma afrouxada, a gente também afrouxou... esse gabinete de crise deveria ser uma vez por mês.”(Coord05)</i></p> <p><i>“nossa vigilância ela atua muito com a atenção primária a gente entende que a atenção primária é a ordenadora da rede então a gente tem esse vínculo esse viés não só para a questão da pandemia mas todas as ações os agentes de endemias né desde</i></p>	<p>Integração entre VS e APS Gabinete de Crise</p>

2015 eles estão inseridos na estratégia.”(Coord08)	
Categoria temática: Fatores contextuais que facilitaram a implementação	

Fonte: Elaboração Própria

No bloco de análise da Organização do trabalho na ESF para a continuidade do cuidado ao levantar um panorama geral do que ocorreu no município sobre a manutenção das atividades usuais de rotina das unidades os coordenadores pontuaram mais de um cenário levando em conta a dinamicidade da evolução da pandemia, bem como o início que envolveu o planejamento e adequação da estrutura mediante as recomendações sanitárias, portanto o que foi observado pelos entrevistados é que no início as atividades foram reduzidas, com foco em alguns grupos, suspensas por pouco tempo nas unidades cuja estrutura não atenderia às recomendações de fluxo, ventilação ou distanciamento, conforme a evolução epidemiológica da Covid-19 no município as atividades foram sendo adaptadas e gradativamente retomadas.

Quanto à visita domiciliar o quadro geral colocado pelos coordenadores é de que no início foram suspensas e depois adaptadas para peridomiciliar, aos casos prioritários que não puderam ser resolvidos de forma remota, conforme preconizado pelos especialistas quanto a observação da distância segura tanto para os profissionais como para os usuários (ENGSTROM et al., 2020).

A maioria dos coordenadores informou que as consultas dos grupos prioritários foi mantida, onde dois coordenadores pontuaram que houve redução e adaptação em virtude dos protocolos e mediante necessidade de nova conformação de agenda a fim de evitar aglomerações.

A demanda espontânea foi considerada praticamente suspensa, quadros respiratórios eram acolhidos, triados e encaminhados às tendas. Demais atendimentos não-Covid-19 triados como urgentes eram encaminhados aos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) do município.

O atendimento aos hipertensos foi considerado pela maioria como reduzido, onde os casos mais graves foram atendidos e se necessário encaminhado ao SPA. Também foi considerado adaptado por um dos coordenadores.

O atendimento ao pré-natal foi suspenso apenas no início e depois foi retomado em caráter reduzido e adaptado.

As consultas médicas e as consultas de enfermagem no início foram suspensas e depois adaptadas para atendimento aos casos prioritários.

As consultas odontológicas de rotina foram suspensas até serem adaptadas de acordo com as recomendações para procedimentos que geravam aerossóis (ENGSTROM et al., 2020).

As consultas de puericultura na visão geral foi mantida com manutenção da primeira consulta e redução das agendas de rotina mantendo o atendimento de casos prioritários.

As vacinas de rotina foram suspensas no início acompanhando as orientações do Governo Federal e depois a vacinação foi adaptada com agendamentos a fim de evitar aglomerações.

Os grupos de promoção da saúde foram todos suspensos segundo os coordenadores a fim de evitar aglomerações, com previsão de retorno das atividade no ano de 2022.

Sobre o acompanhamento dos grupos prioritários que em geral era realizado mediante visita domiciliar não foi definido um modelo formal, porém foram relatadas iniciativas de acompanhamento via telefone e algumas unidades mediante aplicativo de mensagem (whatsapp), esta última por conta do profissional. Na impossibilidade de contato telefônico as visitas peridomiciliares foram realizadas. Um dos coordenadores informou o controle de prontuários de forma eletrônica através de sistema facilitando a lista de usuários.

A respeito da entrega de medicamentos no domicílio foi unânime a resposta dos coordenadores de que as unidades de ESF não realizam tal serviço por não possuírem o profissional farmacêutico. Respeitando a legislação os medicamentos são distribuídos nas farmácias dos Centros de Especialidades Médicas distribuídos no município e que mantiveram suas atividades.

O prazo das receitas dos medicamentos de uso contínuo foi ampliado como afirmaram todos os coordenadores, considerando a Lei Federal Nº14.028, de 27 de julho de 2020.

Como as coordenações do Gabinete de Crise instituíram um protocolo de retomada dos serviços, adaptado das orientações ministeriais, por classificação de cores de acordo com a situação epidemiológica observou-se que as atividades de rotina da ESF, segundo as coordenações passaram por todos os modelos propostos no roteiro de entrevistas como suspensão, redução, adaptação e manutenção em momentos diferentes ao longo de 2020, primeiro ano da pandemia.

Quadro 3: Organização do trabalho na ESF para a continuidade do cuidado - Gestão

Questões Bloco 4 Gestão: Organização da ESF para continuidade do cuidado	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<p><i>“no início né elas foram praticamente suspensas... pouco as coisas que foram mantidas, até por necessidade de reorganizar mesmo foi pouco tempo, depois ela retornou com as prioritárias.”(Coord02)</i></p> <p><i>“panorama geral do município no início foram feitos só os atendimentos prioritários e depois foi voltando gradualmente todas as ações.”(Coord03)</i></p> <p><i>“Foi reduzida a grupos específicos, alguns procedimentos foram suspensos.”(Coord07)</i></p>	<p>Panorama geral</p> <p>Atividades de rotina</p> <p>Suspensão</p> <p>Adaptação</p> <p>Redução</p>
Categoria temática: Fatores contextuais que dificultaram a implementação	

Fonte: Elaboração Própria

O quinto e último bloco das entrevistas dos coordenadores visou observar questões sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) na assistência ao paciente com quadro moderado e grave de Covid-19 e Vacinação contra a Covid-19 finalizando com as percepções acerca das Dificuldades no enfrentamento da Covid-19, Sugestões de melhorias, Expectativas, Reflexões e/ou Recomendações para o pós pandemia.

Sobre o fluxo dos pacientes com quadro moderado e grave de Covid-19 foi desenhado um fluxo, constante no plano de contingência municipal para enfrentamento da Covid-19, onde as ESFs se mantiveram como porta de acolhimento e triagem dos pacientes sintomáticos respiratórios porém com encaminhamento para Centros de Triagem criados especificamente para avaliação dos pacientes Covid-19 a fim de manter as atividades usuais da ESF e atender a nova demanda mediante os Protocolos Ministeriais. Considerando que as ESF são a porta de entrada, ordenadora do fluxo e unidade inserida nos territórios e portanto mais próxima dos usuários o acolhimento ao paciente com quadro moderado ou grave de Covid-19 contou com a possibilidade de referenciar aos referidos Centros de Triagem ou para o Hospital Referência Covid-19, mediante regulação e transporte do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), porém as coordenações também admitiram a possibilidade de encaminhamento por meios próprios dos pacientes que assim optassem e após avaliação da ESF fossem considerados com condições para tal, desvelando a discricionariedade dos atores-chave no processo de implementação.

Quanto à suficiência da rede de serviços disponibilizados para atendimento à pacientes com Covid-19:

1. Os serviços de Emergência e Pronto atendimento foram considerados suficientes pela maioria dos entrevistados, apenas um coordenador classificou como existente, porém insuficiente.
2. Tanto os leitos de internação como os leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para pacientes com Covid-19 foram classificados como suficientes por todos os coordenadores.
3. O serviço de tomografia computadorizada também foi classificado como suficiente por todos os coordenadores, tendo um coordenador o destacado como perfeito.
4. Já o serviço do SAMU dividiu a opinião dos coordenadores, onde metade dos participantes o consideraram suficiente e a outra metade como insuficiente, com destaque para a informação de um coordenador de que o tempo resposta para o quinto distrito (Ilha Grande) não era rápido. O que evidencia possibilidade de melhorias no componente de gestão compartilhada ao considerar as particularidades da região que necessita de transporte marítimo.

Segundo as recomendações dos especialistas é fundamental a garantia da retaguarda do SAMU (ou equivalente) para remoção de pacientes nas unidades básicas como canais efetivos entre estas e o hospital de referência, bem como facilitação do acesso e ampliação de transporte aos pacientes graves pelo SAMU com profissionais de saúde capacitados, EPI e equipamentos apropriados aos pacientes em situação de insuficiência respiratória (ENGSTROM et al., 2020).

5. Quanto a suficiência de profissionais capacitados para o atendimento ao paciente com quadro grave de Covid-19 a percepção geral dos coordenadores foi positiva, considerando existentes e suficientes e apenas dois coordenadores consideraram insuficiente. Um coordenador afirmou ainda que houve a contratação de profissionais compatíveis e que o serviço de vigilância epidemiológica acompanhou tal adequação.

Sobre a vacinação dois critérios foram questionados a falta de vacinas e o respeito ao Protocolo Nacional de Imunização (PNI), cuja percepção foi positiva por parte de todos os coordenadores entrevistados, onde nenhum identificou falta de vacinas no município e que além de seguir o protocolo conseguiram ampliar a capacidade vacinal contemplando os

turistas em virtude do perfil turístico do município, especialmente na Ilha Grande, um ponto negativo logístico foi apontado por um coordenador sobre o ponto de degelo da vacina quando chega no município.

Quadro 4: Rede de Atenção à Saúde (RAS) na assistência ao paciente com quadro moderado e grave de Covid-19 e Vacinação contra a Covid-19 - Gestão

Questões Bloco 5 Gestão: Rede de Atenção à Saúde (RAS)	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<p><i>“Tem fluxo definido...se a gente identificasse um paciente nessas características...avalia caso a caso tem paciente que teriam condições e eles preferem...por conta própria ir para o local de referência...mas se a gente percebesse que o paciente não ia conseguir...o SAMU ia na unidade.”(Coord02)</i></p> <p><i>“Já era encaminhado para ser feito tomografia, especificamente, os pacientes vinham para cá (para o continente) porque não tinha outra forma. Era ali no centro, na Santa Casa.”(Coor07)</i></p> <p><i>“Na verdade a unidade básica não fazia esse atendimento ao usuário ele era encaminhado para o centro de referência que foi montado especificamente para o atendimento à Covid-19 nós temos 6 centros de triagem no município”(Coord08)</i></p>	<p><i>Fluxo definido paciente moderado e grave</i></p> <p><i>Transporte pelo SAMU</i></p> <p><i>Transporte meios próprios</i></p>
<p><i>“num esforço principalmente da atenção primária e da vigilância, houve até drive thru de vacina, sábados de vacinas, campanhas de vacina dos mais diversos tipos, flexibilização dos sistemas de agendar por telefone, busca ativa, vacina em domicílio no grupo de acamados e idosos.”(Coord02)</i></p> <p><i>“Logisticamente, chega à ponta com degelo muito próximo.”(Coord)</i></p> <p><i>“a gente tem seguido à risca o PNI e por isso não houve em momento nenhum falta de vacina.”(Coord08)</i></p>	<p><i>Percepção positiva da Vacinação</i></p>
Categoria temática: Aspectos sobre a vacinação	

Fonte: Elaboração Própria

Das dificuldades relatadas pelos coordenadores se destacaram o medo, insegurança e a dificuldade no manejo da doença, o rápido avanço do número de casos, equipes incompletas nas ESFs (déficit de RH), mesmo para as atividades de rotina as ESFs já vinham funcionando com profissionais, especialmente de enfermagem atuando em caráter de hora extra

em mais de uma equipe, muitas vezes com pouca experiência em atenção primária por serem lotados em serviços de atenção de urgência e emergência ou atenção hospitalar. Além da falta de experiência outro ponto negativo é a ausência de vínculo e conhecimento do território, condição imprescindível no sucesso das atividades de ESF, falta de adesão da população às recomendações, desinformação, “fake news”(notícias falsas sem embasamento científico), dificuldade em sensibilizar a população sobre a importância da vacinação, disputas interfederativas, cansaço, necessidade de doses de reforço da vacina e dificuldade de adesão da população ao reforço, redução dos atendimentos para evitar aglomerações, suspensão dos grupos de promoção da saúde, enfermagem sobrecarregada com a vacinação, dificuldade de vacinar sem aglomerar, cidade litorânea e turística com pessoas de fora mas com residência no município, extensão territorial e a diversidade da população do município, implementação das ações na ilha, impossibilidade dos agentes de endemias em realizar seu trabalho de campo, falta de fomento na APS e falta de clareza no modelo atual de financiamento Previne Brasil.

As sugestões de Melhoria das Ações do ponto de vista dos coordenadores foram a manutenção do trabalho em equipe no desenho e monitoramento de planos de contingência; Capacitação constante dos profissionais com o olhar de aproximação dos profissionais à gestão; mais investimento financeiro na APS; aquisição de recursos humanos para a APS.

Quadro 5: Reflexões, recomendações, sugestões de melhorias e experiências - Gestão

Questões Bloco 5 Gestão: Reflexões, dificuldades, recomendações, sugestões de melhorias e experiências	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<p><i>“foi muito medo, de todo mundo, de todo nós e acho que isso ainda permanece.”(Coord01)</i></p> <p><i>“apesar da gente ter uma atenção primária de ESF bastante abrangente as equipes já vinham há algum tempo incompletas desfalcadas.”(Coord02)</i></p> <p><i>“então a gente lutou o tempo todo com fake News, a gente montava tenda, a gente tinha exame a vontade... só que a população não tem credibilidade, então trabalhar com fake news pra gente é o mais difícil.”(Coord04)</i></p> <p><i>“sensibilizar o usuário sobre a importância da vacinação em especial a segunda dose.”(Coord08)</i></p>	Dificuldades

<p><i>“a importância de a gente ter esse olhar de todo mundo...é importante que a gente tenha sim um plano mais ou menos desenhado para chamar na hora que for alguma doença.”(Coord01)</i></p> <p><i>“repensar algumas coisas...de forma a ser dinheiro novo para que você realmente agregue...não colocando em risco uma das coisas mais importantes do mundo que é a atenção primária.”(Coord02)</i></p> <p><i>“fazer mais boletins epidemiológicos para informar a população colocar no site sinais de alerta... o nosso foco vai ser prevenção.”(Coord04)</i></p> <p><i>“o enfermeiro me faz falta... o problema da atenção primária hoje não é falta de planejamento, não é falta de ações. Falta de RH. Puramente RH.”(Coord06)</i></p> <p><i>“É a gente planejar todo ano, sabendo que isso agora ainda não acabou, que podemos trabalhar no ano que vem com uma cepa nova e tá preparado para isso.”(Coord07)</i></p>	Sugestões de Melhorias
<p><i>“as experiências que a gente tem aqui no município, com os desastres que a gente tem, eu acho que também acabaram colocando que essas ações que a gente fez, foram exitosas...a gente já viveu muitas coisas.”(Coord01)</i></p> <p><i>“a participação de controle social na questão da epidemia que foi um desafio também o conselho nacional de saúde lutou muita coisa para diminuir um pouco os estragos no executivo federal...”</i></p> <p><i>“o que que a pandemia muda na sua relação como pessoa?... eu perdi um amigo mas foi um amigo e tem pessoas têm famílias que foram totalmente dizimadas né e se isso fosse comigo?(Coord03)</i></p> <p><i>“a gente fez um trabalho muito bom no município...minha equipe é muito boa eu não sou sozinha eu sou apenas uma da equipe”(Coord04)</i></p> <p><i>“foi uma experiência bacana, mas, que a gente não conseguia fazer nada além daquilo...todas ações da atenção primária ficaram muito de lado.”(Coord05)</i></p> <p><i>“a informação é crucial. É muito difícil. Tem muita coisa que acontece... Próprio fluxo da cidade, da saúde, as pessoas não sabem...A informação na saúde, no município, é precária. Tá legal a informação de vacina.”(Coord06)</i></p> <p><i>“o momento mais feliz que eu quero guardar e levar foi da vacinação. A minha e da população toda da Ilha Grande que foi no dia 10 de julho que foi muito legal... e agora mais recente zeraram os leitos de covid.”(Coord07)</i></p>	Experiências

<p><i>“a gente teve que se reinventar... foram os agentes de endemias que deram todo um suporte na parte de escribas e de digitação dessas doses no PNI.”(Coord08)</i></p>	
<p>Categoria temática: Sentimentos e Reflexões</p>	

Fonte: Elaboração Própria

6.3 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA COVID-19 NO ÂMBITO DAS ESFS SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF E ACES

O segundo bloco de questões dos profissionais de saúde complementou o perfil das unidades pelo levantamento de informações sobre a proteção à saúde dos profissionais de saúde e insumos para o enfrentamento à Covid-19. Os ACEs não foram questionados sobre as unidades tendo iniciado suas respostas nesse bloco.

Os Equipamentos de Proteção Individual que apareceram nas respostas como tendo sido disponibilizados continuamente foram: álcool em gel (produto de higiene), máscara cirúrgica, máscara N95, touca, luva, protetor facial (face shield), descrito por alguns como viseira, capote, também descrito como camisola, jaleco ou roupa descartável. Não houve relatos de falta de EPI.

Enfrentar a Covid-19 requer a provisão completa de EPIs aos trabalhadores, entretanto a realidade referida no Brasil se mostrou bastante contrastante com as recomendações de organismos internacionais e instituições científicas (BOUSQUAT et al., 2020).

Sendo assim o município demonstrou suficiência nesse quesito tanto na perspectiva de oferta da gestão municipal, quanto dos profissionais da ESF e ACEs.

Além de insumos disponíveis foi avaliada a existência de medicamentos para síndrome gripal, cuja resposta da maioria dos profissionais foi de que é inexistente, uma vez que as unidades de ESF não possuem farmácia e farmacêutico, sendo este serviço de competência dos Centros de Especialidades Médicas do município. Apenas no 5º distrito (Ilha Grande) existem algumas medicações como suporte ao atendimento inicial nas ESFs.

Duas informações se destacaram dentre os profissionais que afirmaram ter recebido capacitação sobre a Covid-19, a de que além da capacitação também teve o aprendizado a partir de notas técnicas e também a partir da troca entre os profissionais.

Sobre a disponibilidade de Testes para a detecção da Covid-19, para os testes rápidos IGG/IGM as respostas apresentaram convergência onde a maioria considerou que no início da pandemia os testes estavam disponíveis, em quantidade suficiente nas unidades de ESF,

tanto para a população quanto para os profissionais, depois eles foram concentrados nas unidades de triagem (as Tendras). Sobre o acesso para a realização do teste RT-PCR os profissionais afirmaram a existência de local específico para a realização, um dos profissionais enfatizou que não houve nada específico para os profissionais, que no mesmo local onde a população realizava, os profissionais também, apenas um profissional não soube responder. As respostas variaram quanto a consideração de suficiência ou insuficiência da quantidade de testes, mas não houve relato de inexistência.

Quadro 6: Proteção à saúde dos profissionais de saúde e insumos para o enfrentamento à Covid-19

Questões Bloco 2 - Profissionais da ESF: Proteção à saúde dos profissionais de saúde e insumos para o enfrentamento à Covid-19	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<p><i>“álcool em gel, capote, touca, luvas não sei o nome daquela viseira”(PROF01)</i></p> <p><i>“Capote, óculos, face shield, é luva, N95, tem todos os insumos.” (PROF09)</i></p> <p><i>“Luva, capote, jaleco, gorro, máscara, óculos de proteção”.(PROF14)</i></p> <p><i>“Mascara é gorro, Capote luvas Tem todo o material.”(PROF17)</i></p>	Proteção
<p><i>“nossa unidade não tem farmácia então a gente faz a receita e ela busca numa outra farmácia.”(PROF06)</i></p> <p><i>“Nas unidades pequenas não tem medicação aí são direcionados para as unidades maiores que tem farmacêutico.”(PROF13)</i></p>	Medicação
<p><i>“Sim. Em quantidade suficiente. Sempre que foi necessário, nós tivemos esse acesso.”(PROF07)</i></p> <p><i>“Então já tivemos no início, agora não mais.”(PROF16)</i></p>	Testagem para Covid-19
Categoria temática: Fatores contextuais que facilitaram a implementação	

Fonte: Elaboração Própria

O terceiro bloco dos profissionais de saúde tratou da organização do trabalho na unidade para enfrentamento da pandemia. Sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais, de uma forma geral, foi respondido por todos os profissionais o acompanhamento e monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, onde foi discriminado por alguns o processo de trabalho que envolveu o contato telefônico com os pacientes e quando estritamente necessário a visita peridomiciliar, a divisão dos pacientes por módulo de ESF,

a utilização de impresso e planilha própria, o que confirma a implementação do processo proposto pela gestão como intervenção de monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 em isolamento domiciliar e quarentena ou busca ativa dos casos pós alta. Um dos profissionais classificou como ruim a comunicação da alta hospitalar dos pacientes de Covid-19. Outra ação destacada pelos profissionais foi a readequação, chamada de divisão das unidades com espaços diferenciados para o acolhimento ao paciente suspeito de Covid-19, e houve um relato que no início chegou a realizar o acolhimento fora da unidade. Também apareceram nas respostas a redução das atividades de rotina a fim de evitar aglomerações, redução dos atendimentos mantendo apenas grupos prioritários, triagem dos sintomáticos respiratórios e encaminhamento as “Tendas” (definida como equipamento criado para atender os casos sintomáticos respiratórios), utilização dos EPIs e reorganização para vacinação tanto do calendário como da Covid-19.

Questionados sobre a identificação dos contatos dos casos de Covid-19 todos os profissionais confirmaram a realização. Quanto à notificação dos casos de Covid-19 apenas um entrevistado informou que já chegavam na unidade notificados, os demais afirmaram que as unidades notificavam, sendo destacado por dois dos entrevistados que com a existência dos centros de triagem os sintomáticos respiratórios em sua maioria iam direto ao local de referência e poucas notificações eram feitas na ESF. Também foi unânime a afirmação sobre a realização do acompanhamento da quarentena e isolamento domiciliar dos casos leves, porém um dos entrevistados destacou que muitas vezes quando o paciente descobria que teve Covid-19 já estava se recuperando.

Todos os profissionais entrevistados afirmaram que não houve falta de vacinas e que foi seguido o protocolo do Programa Nacional de Imunização, tal percepção positiva vai de encontro com o que foi observado também por parte dos membros da gestão. Um profissional mencionou que o município conseguiu liberar doses de vacinas às vezes à frente do protocolo nacional, outro profissional informou que o que ocorre muitas vezes é a recusa por parte de algumas pessoas em se vacinar. No período das entrevistas o município estava vacinando a 3ª dose em população maior de 18 anos.

Quanto o retorno para a ESF sobre os casos de Covid-19, pertencentes ao seu território mas que foram diagnosticados em outros serviços, todos os profissionais afirmaram que sim. Porém que no início essa informação chegava, mas que depois nem sempre ou não mais era repassada, sem especificamente entenderem o porquê de ter interrompido o processo. Também foi respondido por dois profissionais que muitas vezes o próprio usuário

procura a unidade para informar.

A respeito da periodicidade do acompanhamento dos pacientes em quarentena a frequência que mais apareceu nas respostas foi a cada 24h, seguida de a cada 48h, o que demonstra uma uniformidade das unidades quanto a periodicidade do contato, acrescida do relato de que o contato era espaçado conforme a sintomatologia do paciente. Mais uma característica que aproxima a implementação das ações de monitoramento ao proposto pela gestão. Quanto ao meio utilizado para o acompanhamento da quarentena o telefone apareceu em todas as respostas, seguido de visita peridomiciliar e em casos mais necessários a visita domiciliar. Poucos relataram a utilização de whats app ou teleconsulta para este fim.

Sobre as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde não houve relato de falta de ACS nas ESFs, e que estes tiveram suas atividades de campo suspensas no início ficando prioritariamente nas unidades, nas atividades de monitoramento, e que conforme a adaptação as visitas foram retornando gradualmente de maneira peridomiciliar, e domiciliar em casos estritamente necessários e que no momento da entrevistas as atividades foram colocadas pelos profissionais como de volta ao normal.

Tal cenário evidencia a importância desses profissionais no enfrentamento a pandemia nos territórios, uma vez que mesmo concentrados nas unidades as atividades de contato e atendimento a clientela adscrita foram adaptadas a fim de implementar as ações de vigilância à Covid-19 especialmente de busca ativa, testagem e monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, bem como conferir algum grau de continuidade do atendimento aos pacientes prioritários não Covid-19.

Em relação a conseguir que os casos encaminhados ao serviço de referência recebessem atendimento todos os profissionais afirmaram que sim sempre ou quase sempre e que não tiveram problemas. Sobre o transporte dos pacientes com quadro moderado ou grave todos responderam ter como recurso o SAMU, mas alguns profissionais informaram que dependendo do quadro do paciente e quando manifestado desejo do familiar o paciente também poderia ser transportado por meios próprios. O serviço de exclusividade do SAMU foi relatado pelos profissionais do quinto distrito uma vez que por tratar-se de ilha depende de embarcação e apoio da Defesa Civil.

Sobre a identificação de insegurança alimentar e existência de apoio intersetorial às famílias em situação de vulnerabilidade a resposta que apareceu na perspectiva da maioria dos profissionais foi o acompanhamento do bolsa família, apenas um respondente informou que essa identificação não é realizada. Ninguém relatou um fluxo predefinido ou bem

delimitado, as respostas variaram de profissional para profissional, tendo aparecido as seguintes: reuniões de planejamento familiar, apoio do NASF, encaminhamento para a gestão, encaminhamento para o Centro de Referência em Assistência Social e apoio de instituições religiosas.

Para o planejamento das ações contra a Covid-19 a realização de reunião de equipe foi confirmada por todos os profissionais entrevistados. Já sobre apoio da gestão foram mencionados o recebimento de Comunicação Interna (CI), instruções, orientações e autorizações.

No contexto da Covid-19 foi essencial recorrer a reunião de equipe como prática do planejamento nas unidades de ESF auxiliando como ferramenta de facilitação da implementação das inúmeras e preconizadas ações de enfrentamento. Tal prática já prevista e orientada para discussão, análise e realização do diagnóstico do território, cartografia, estratificação de risco sob a responsabilidade de todos os profissionais da equipe (BRASIL, 2018).

A educação e comunicação em saúde também se deu de forma variada de acordo com as diferentes respostas dos profissionais de saúde cartazes e panfletos apareceram na maioria das respostas, seguida de orientações verbais e site da prefeitura, em menos casos mídias sociais e informalmente whats app. Também foi relatada a atividade intersetorial pelo programa saúde na escola com orientações aos escolares. Apenas um profissional relatou não ter ações.

Quadro 7: Organização do trabalho na unidade para enfrentamento da pandemia

Questões Bloco 3 - Profissionais da ESF: Organização do trabalho na unidade para enfrentamento da pandemia	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<p><i>“a gente tinha que manter o afastamento tinha sala separada para quando era caso suspeito.”(PROF01)</i></p> <p><i>“em relação ao atendimento houve uma redução e o atendimento era mais prioritário.”(PROF03)</i></p> <p><i>“utiliza todos os equipamentos de proteção individual, as buscas ativas dos casos de pós COVID, monitoramento.”(PROF07)</i></p> <p><i>“Se chegar com qualquer tipo de síndrome gripal aqui em Angra nós temos uma tenda...a doutora avalia, se for caso de covid, já encaminha para essa tenda e, a tenda encaminha para o hospital...”(PROF14)</i></p>	<p>Triagem/Acolhimento</p> <p>Encaminhamento ao Centro de Referência Covid-19</p> <p>Monitoramento</p> <p>Restrição das agendas</p> <p>Atendimentos prioritários</p> <p>Visita Peridomiciliar</p> <p>Busca ativa de sintomático</p> <p>Acompanhamento pós alta</p> <p>Vacinação</p>
<p><i>“O acompanhamento não teve muito não porque quando a pessoa</i></p>	<p>Identificação</p>

<p><i>descobria quando ela descobria ela já estava quase boa.”(PROF01)</i></p> <p><i>“umas 3 vezes na semana que a gente tinha que ligar era uma listagem enorme a gente não podia ter tanto contato com o paciente a gente fazia por telefone esse monitoramento.”(PROF04)</i></p> <p><i>“Sim, era realizado esse monitoramento, então a gente, né, ligava para, para saber como é que a pessoa estava.”(PROF12)</i></p> <p><i>“Notificação também, porque como é dividido em módulos, então cada um era responsável por um módulo.”(PROF15)</i></p>	<p>Notificação Monitoramento</p>
<p>Categoria temática: Ações de vigilância no âmbito da ESF</p>	
<p><i>“tá sobrando faltar não faltou não foi vacina à vontade.”(PROF04)</i></p> <p><i>“Hoje nós temos uma folga de vacinas bem grande, com oferta bem ampla de dias mesmo da semana para a população.”(PROF07)</i></p> <p><i>“tem seguido muitas vezes até a frente muitas vezes liberou a idade que o protocolo ainda não tinha liberado.”(PROF11)</i></p>	<p>Vacinação</p>
<p><i>“Telefonemas ou visita domiciliar.”(PROF08)</i></p> <p><i>“Sim, via telefone, visita domiciliar bem poucas.”(PROF11)</i></p> <p><i>“Sim, telefone, whats app...Mas alguns casos a gente, a gente teve consultas em domicílio.”(PROF14)</i></p>	<p>Meios de acompanhamento</p>
<p><i>“o programa voltou todo ao normal todas as visitas domiciliares feitas pelas agentes comunitárias voltou a ser feitas.”(PROF01)</i></p> <p><i>“o acompanhamento era só contato telefônico, planilhamento, eu inclusive, era responsável na unidade por fazer esse acompanhamento.”(PROF02)</i></p> <p><i>“no começo a gente estava fazendo mais pelo telefone...depois a gente começou a fazer as visitas...peri domiciliares...hoje em dia a gente está fazendo visita normal.”(PROF04)</i></p> <p><i>“Suspensão não...eles deixaram o campo, né, e se concentraram dentro da unidade.”(PROF16)</i></p>	<p>ACS</p>
<p><i>“Geralmente, é a família...Quando é muito grave mesmo a gente entra em contato com o SAMU.”(PROF02)</i></p> <p><i>“Moderados ou graves é o SAMU...para exames de tomografia, avaliação no centro de COVID.”(PROF07)</i></p> <p><i>“É a defesa civil e no caso o SAMU por ser ilha.”(PROF08)</i></p> <p><i>“Não aconteceu de caso grave na unidade mas se acontecesse seriam meios próprios.”(PROF11)</i></p> <p><i>“SAMU...Agora no Covid, tem uma ambulância lá diretamente para o Covid.”(PROF15)</i></p>	<p>Transporte</p>
<p><i>“tem o acompanhamento da Secretaria de saúde do bolsa família</i></p>	<p>Insegurança alimentar e</p>

<p><i>que manda uma planilha para a gente para acompanhar peso vacinação e natalidade.”(PROF01)</i></p> <p><i>“Essas pessoas a gente encaminha para o CRAS, mas a gente sabe que não é fácil.”(PROF05)</i></p> <p><i>“Equipe de Saúde, equipe do NASF, e ... Nós temos a parte do serviço social no município.”(PROF07)</i></p> <p><i>“o que a gente sabe são acompanhadas pelo CRAS, mas a gente tem uma ideia de quem são mas isso não é sistematizado não.”(PROF11)</i></p>	vulnerabilidades
<p><i>“Elas foram sendo divulgadas e implementadas com as equipes através de reuniões, de reuniões remotas, através da gestão mesmo né, de cada unidade de saúde.”(PROF07)</i></p> <p><i>Sim, houve bastante engajamento das áreas, tanto do executivo, quanto das áreas programáticas, criou-se um GT para estar.. coordenando as ações da saúde, mas que precisam, dessa intersetorialidade com as outras secretarias e o município, no meu ver conseguiu, propor as ações para gerenciar a questão.”(PROF12)</i></p> <p><i>“A gente recebe a gente recebe as orientações da secretaria e aplica na unidade.”(PROF16)</i></p>	Planejamento
<p><i>“tem alguns cartazes na unidade...whats app mais pontual.”(PROF06)</i></p> <p><i>“geralmente cartazes e às vezes orientação verbal.”(PROF08)</i></p> <p><i>“comunicação com a população pelo site...um canal de comunicação para a vacinação, tanto na época da gripe, quanto para a divulgação dos boletins epidemiológicos.”(PROF12)</i></p> <p><i>“panfleto...cartazes, sala de espera uma ou outra... mas o principal é cartaz e folder.”(PROF13)</i></p> <p><i>“Cartazes e orientação individual... quando chega na unidade.(PROF16)</i></p>	Comunicação e Educação em saúde
<p>Categoria temática: Fatores contextuais que facilitaram a implementação</p>	

Fonte: Elaboração Própria

O último bloco de análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde também traz a contribuição dos ACEs pensando a organização do trabalho para a continuidade do atendimento aos usuários.

De uma maneira geral os profissionais da ESF pontuaram em sua maioria que as atividades usuais de rotina foram suspensas no início, depois se mantiveram reduzidas com foco em alguns grupos e que no momento das entrevistas as atividades foram classificadas como normalizadas porém mantendo algumas restrições.

Os ACEs informaram que as atividades em campo foram suspensas, sendo mantidas apenas atividades de zoonoses em via pública e que os profissionais foram desviados para outras funções tais como auxiliar no acompanhamento telefônico e monitoramento dos casos e contatos de Covid-19 de áreas não cobertas por ESF e mais recentemente como escribas durante a vacinação de Covid-19 e no lançamento das informações no Sistema do Programa Nacional de Imunização (SPNI), consideraram ainda que aos poucos estão retornando as visitas peridomiciliares.

Ao discriminar as ações de rotina as visitas domiciliares pelos ACS foi considerada suspensão no início em seguida adaptada; sobre as consultas dos grupos prioritários as respostas prevalentes foram adaptadas seguida de mantida com restrições; a demanda espontânea também teve a divisão das respostas entre adaptada e mantida, um entrevistado informou que a demanda espontânea mantida no início da pandemia foi apenas de casos Covid-19; o atendimento aos hipertensos e diabéticos foi considerado mantido pela maioria dos profissionais, especialmente para os pacientes crônicos classificados como graves, dos que afirmaram que o atendimento foi suspenso enfatizaram que foi por pouco tempo apenas para adaptação da unidade; sobre o pré-natal a maioria considerou a atividade mantida, apenas um entrevistado não soube informar; as consultas médicas e de enfermagem apresentaram cenários semelhantes sob a percepção dos profissionais com as respostas suspensão no início e depois adaptada; sobre as consultas odontológicas alguns profissionais responderam que suas unidades não possuem saúde bucal, os demais responderam que as atividades foram reduzidas atendendo apenas casos de urgência; as atividades de puericultura foram consideradas pela maioria como adaptadas, com manutenção da primeira consulta ao nascer, seguida da resposta de que foram mantidas, as poucas respostas de que foram suspensas foram consideradas assim só no início da pandemia; a vacinação de rotina foi considerada mantida seguida da resposta de que foi suspensão também só no início; os grupos de promoção da saúde foram considerados suspensos pela maioria com a ênfase de que o retorno dessas atividades estava dificuldade até o momento das entrevistas.

A respeito do acompanhamento dos grupos prioritários a maioria afirmou que dispõe de lista dos pacientes e que no início esse acompanhamento se deu por telefone, informalmente whats app e com visitas domiciliares adaptadas quando necessário, também foi destacado que atualmente com a utilização de prontuário eletrônico esse trabalho tem sido facilitado, apenas um entrevistado afirmou que não é feito.

Quanto à entrega de medicamentos no domicílio dos usuários a maioria informou que não há farmácia nas unidades e que portanto não ocorre a dispensa de medicamentos, com exceção para os respondentes do quinto distrito (ilha) que informaram entrega de medicamentos para grupos específicos. Já sobre a ampliação do prazo das receitas de medicamentos de uso contínuo todos confirmaram a ampliação do prazo mediante inclusive por Decreto Municipal.

Sobre acompanhamento do Bolsa Família todos afirmaram que o acompanhamento é realizado, porém muito com foco na aferição de peso e altura e preenchimento de planilha específica, sem contudo oportunizar para a captação de demandas das famílias em situação de vulnerabilidade, uma das queixas pontuadas foi a falta de profissionais, equipes incompletas.

Quadro 8: Organização do trabalho para a continuidade do atendimento aos usuários.

Questões Bloco 4 - Profissionais da ESF e ACE: Organização do trabalho para a continuidade do atendimento aos usuários.	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<p><i>“Elas foram suspensas e focou só em Covid ficando algumas coisas.”(PROF01)</i></p> <p><i>“reduzidas... com foco em alguns grupos.”(PROF04)</i></p> <p><i>“no auge do contágio, elas foram interrompidas, as atividades. Por pouco tempo. 15 dias, 20 dias, 3 semanas no máximo. E aí logo retornamos ao atendimento apenas prioritário.”(PROF07)</i></p> <p><i>“foram assim praticamente suspensas, com exceção das gestantes, eu penso que reduzidas pra grupos específicos(PROF10)</i></p> <p><i>“Então no começo foram suspensas depois o grupo que vinha era das gestantes, que ficou grupo prioritário, depois começou a ser reduzida aí voltou, em meados da pandemia voltou pela metade e agora já está normalizado.”(PROF13)</i></p>	Atividades de rotina
<p><i>“muitos foram trabalhar também na ajuda da vacinação né, como escriba...até hoje a gente faz o lançamento das vacinas no SPNI.”(A01)</i></p> <p><i>“íamos para as unidades de saúde, para os módulos... ajudávamos nos serviços externos e internos do módulo...ligávamos para as pessoas que estavam com Covid.”(A02)</i></p> <p><i>“no início foi suspenso e estava se fazendo também um trabalho de zoonoses que é mais um trabalho que a gente só faz via pública não é</i></p>	Atividades dos ACEs

<i>que coloca o veneno para o rato e aí também foi feito isso no início e depois que voltou as visitas peridomiciliares.”(A04)</i>	
Categoria temática: Ações de vigilância no âmbito da ESF	

Fonte: Elaboração Própria

Finalizando a investigação foram trazidas as percepções sobre autonomia e integração entre as ações de vigilância da Covid-19 e APS, seguidas das reflexões dos profissionais da ESF e ACEs sobre as dificuldades enfrentadas, recomendações, sugestões de melhorias e experiências no contexto da Covid-19.

Pouco mais da metade dos entrevistados consideraram que as unidades tiveram autonomia para o enfrentamento da Covid-19 com a ressalva de respeito às normas e destacando autonomia naquilo que não envolve custos ou equipamentos. Dos profissionais que não observaram tal autonomia colocam sob o ponto de vista de não poder agir na pandemia diferente do que era determinado, especialmente no início com a determinação de suspensão das atividades até a adequação.

A maioria dos profissionais que considerou que o processo propiciou maior integração entre a vigilância em saúde e a APS observou em relação ao estreitamento estabelecido durante a realização das ações de acompanhamento e monitoramento dos casos de Covid-19, já para os profissionais que não observaram tal integração destacaram dificuldades na aceitação por parte de alguns profissionais desviados de função, também pela falta de recursos humanos e sobrecarga dos profissionais durante a pandemia.

Quadro 9: Autonomia e Integração entre VS e APS

Questões Bloco 4 - Profissionais da ESF e ACE: Organização do trabalho para a continuidade do atendimento aos usuários.	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<i>“esse setor que era visto para pelas unidades como um setor muito de papel, né? Fez esse setor ter um rosto, a gente passou a conhecer mais de perto os trabalhadores da vigilância.”(PROF05)</i>	Autonomia
<i>“no início a gente conseguiu caminhar junto era bem legal porque você com esse retorno da vigilância né com os casos confirmados...suspeitos quais eram seus casos que estavam internados.”(PROF06)</i>	Integração entre VS e APS
<i>“não a gente não teve nenhuma interlocução nesse sentido... dependendo da unidade eles conseguiram ajudar apoiar, em outros lugares houve enfrentamento, então eu acho que não.”(PROF10)</i>	
<i>“Sim, vi esse estreitamento de, de relação entre as unidades e as ações</i>	

<i>de vigilância.”(PROF12)</i> <i>“seria outro patamar; da vigilância estar orientando em como poderia acontecer; mas não vejo isso não...não tem uma coisa chamada recursos humanos.”(PROF13)</i>	
Categoria temática: Fatores contextuais que facilitaram a implementação	

Fonte: Elaboração Própria

O medo da Covid-19 foi destaque dentre as dificuldades relatadas pelos profissionais além da falta de entendimento da população sobre a seriedade do problema, fake news e desinformação, dificuldade da população em aderir as medidas sanitárias e dose de reforço da vacinação, aumento da demanda reprimida nas unidades, perda do vínculo com o usuário, a falta de RH e sobrecarga de trabalho, dificuldades emocionais, falta de apoio emocional,

Das reflexões e expectativas os profissionais trouxeram as seguintes percepções de que a pandemia ainda não acabou e que o foco em prevenção e vacinação deve ser mantido, apesar do benefício do suporte dado as tendas as unidades precisam estar estruturadas pois o primeiro contato e o vínculo do usuário é com a ESF.

As sugestões de melhorias pontuadas pelos profissionais foram a necessidade de mais recursos humanos, maior organização das agendas, mais atenção da gestão com a saúde mental dos profissionais, inovação na forma de realizar educação em saúde, mais investimento em recursos tecnológicos como telefonia celular para dar celeridade na troca de informações, sistematização de uma linha de cuidado ao paciente pós Covid-19 com necessidade de atendimento especializado, pensar o orçamento considerando as novas necessidades impostas pela pandemia, planejar o aumento da demanda por parte dos usuários de alta temporada (turistas e moradores de veraneio), mais cobrança em relação ao turista nas ilhas para proteção dos moradores, deveriam ter sido testados também os assintomáticos, manter os kits de testes rápidos disponíveis nas ESFs, melhoria da informação e comunicação na regulação de pacientes, melhorar as campanhas e busca ativa de vacinação, manter a comunicação entre a vigilância e as unidades que funcionou no início, mas se perdeu, investir nos recursos de reuniões remotas que agilizam e facilitam o planejamento, conscientização da população.

Inúmeras e pessoais foram as experiências relatadas pelos profissionais, algumas foram destacadas no intuito de demonstrar tanto a percepção deles sobre a pandemia como também de valorizar o aspecto emocional de cada um nesse contexto novo, desafiador, de medo, de perdas, de esgotamento e de muitas reflexões e aprendizados para o futuro pós

pandemia e que apesar das dificuldades resultados positivos puderam ser percebidos sobre o planejamento e execução das ações especialmente sob o aspecto do monitoramento dos casos, do apoio dos Centros de Triagem (Tendas), do hospital de referência e da vacinação.

Quadro 10: Reflexões, dificuldades, recomendações, sugestões de melhorias e experiências

Questões Bloco 4 - Profissionais da ESF e ACE: Organização do trabalho para a continuidade do atendimento aos usuários.	
Unidades de Contexto	Unidades de significado
<p><i>“acho que foi mais um medo porque como eu tive o vírus eu vivi o vírus fortemente.”(PROF01)</i></p> <p><i>“a população entender mesmo a importância de toda a situação, da seriedade do problema e, que ainda não acabou.”(PROF05)</i></p> <p><i>“medo do profissional em continuar atendendo a população de uma maneira adaptada.”(PROF07)</i></p> <p><i>“aumento da demanda...atendimento ambulatorial pra gente tentar reduzir toda a demanda que ficou reprimida.”(PROF09)</i></p> <p><i>“perder o contato com o usuário, quando você perde esse contato pra você voltar a ter esse contato com eles você encontra muitas barreiras.”(PROF13)</i></p> <p><i>“uma dificuldade que a gente tem é em relação a pessoal...Porque quando uma pessoa sai de licença...eles não tão colocando outro no lugar... falta de profissional.”(PROF14)</i></p> <p><i>“discordância de muitas notícias né a gente vê na mídia há muito assim discordância virou uma situação mais política.”(A01)</i></p> <p><i>“medo da população ou a desinformação a respeito conforme fomos fazendo o trabalho peri domiciliar algumas pessoas tem muito medo.”(A03)</i></p>	Dificuldades
<p><i>“nosso anseio aqui principalmente a parte psicológica...a questão de Multidisciplinar em relação ao atendimento a todos que tiveram Covid.”(PROF17)</i></p> <p><i>“ainda não acabou a gente ainda tá numa pandemia tem as várias ações do vírus agora com a omicron que tá aí.”(A03)</i></p>	Expectativas
<p><i>“atendimento, os recursos, ter mais mais exames mais rapidez porque o SUS ele é bom mas os exames demoram, as consultas demoram se juntar com vontade de fazer a coisa funciona porque tem recurso...falta um pouquinho dos governantes.”(PROF01)</i></p> <p><i>“ter mais profissionais né porque está bem defasado e o profissional não consegue dar andamento nos atendimentos.”(PROF03)</i></p>	Sugestões de Melhorias

<p><i>“eu achava que eles deveriam ter um um olhar maior para o funcionário isso faltou muito.”(PROF04)</i></p> <p><i>“Não tem celular. A gente comunica com o nosso próprio...é... As mensagens de WhatsApp, de internet, são celulares de uso pessoal da equipe.”(PROF07)</i></p> <p><i>“o pós Covid a linha de cuidado tá completamente perdido ou se tem alguém pelo menos pensando isso na Secretaria não chegou na ponta para a gente.”(PROF11)</i></p> <p><i>“eu acho que a gente poderia ter testado mais.”(A01)</i></p> <p><i>“precisamos de capacitação, porque eu vejo a minha coordenação lutando para oferecer capacitação e muitas vezes o próprio agente não leva a sério.”(A02)</i></p>	
<p><i>“a morte da menina porque ela tava grávida de 5 meses e a gente nunca pensou que isso poderia acontecer foi muito rápido... essa pandemia afetou tudo não só dentro do trabalho mas na nossa vida pessoal, na nossa vida familiar.”(PROF04)</i></p> <p><i>“eu entendo que o município enfrentou de uma forma bem saudável, bem aceitável. Nós tivemos uma comissão boa, com planejamento adequado de intervenção adequada nos momentos de crise. Foi um bom plano de enfrentamento.”(PROF07)</i></p> <p><i>“o município ele ficou bem fechado ele conseguiu fazer um trabalho um controle bem sério nesse quesito...teve uma coparticipação junto à unidade básica unidade secundária e a gente conseguiu uma interação.”(PROF09)</i></p> <p><i>“a área da saúde eu acredito que tenha sido a que mais sofreu as transformações, porque...tinha “fica em casa”, mas a saúde tem que trabalhar.”(PROF12)</i></p> <p><i>“Eu trabalho com vacinação há 12 anos e eu vi que Angra foi em relação a covid, nós trabalhamos muito aqui. Teve dias aqui de eu fazer 100 doses de vacina...foi bom.”(PROF14)</i></p> <p><i>“a nossa rede não estava preparada ao mesmo tempo que a gente deu um respaldo muito bom eu fiquei muito feliz assim sabe eu fiquei muito feliz...a gente descobriu essa ineficiência e ao mesmo tempo teve como dar resultados nós tivemos muito resultado o trabalho foi muito bom”(A01)</i></p>	Experiências
<p>Categoria temática: Sentimentos e Reflexões</p>	

A tematização das entrevistas permitiu materializar a escuta ofertada aos profissionais onde estes colocaram suas perspectivas sobre o enfrentamento da pandemia de identificando e descrevendo as ações que foram propostas. Foram apresentadas nos quadros as unidades de contexto (trechos longos) que demonstravam os achados com base no discurso dos atores-chave. As unidades de contexto foram agrupadas em unidades de significados (palavras-chave) traçando a convergência das respostas dando além de sentido as categorias temáticas, o protagonismo e participação aos entrevistados neste estudo.

Os resultados extraídos a partir da tematização das entrevistas e análise documental foram discutidos a partir dos aspectos de conformidade, adequação e aproximação entre o que era esperado e o que de fato conseguiu ser implementado, apesar das incertezas impostas pela pandemia com uma doença totalmente nova e desafiadora, o que se esperava no início antes mesmo da vacinação por Covid-19 era ao menos conter a disseminação do vírus e reduzir o número de infectados e conseqüentemente os óbitos a partir do planejamento das ações do Gabinete de Crise instituído na Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis.

6.4 DEFINIÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO

Considerando a necessidade de readequação das unidades para enfrentar a pandemia e o fato destas já estarem precisando de melhorias em sua infraestrutura e sofrendo com a falta de recursos humanos bem antes do atual cenário. Uma das estratégias foi implementar um dispositivo de suporte à porta de entrada e manejo clínico dos casos Covid-19 com a instalação de Centros de Triagem (Tendas) próximas aos Serviços de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência distribuídos em todos os distritos sanitários e próximos as ESFs. Tal estratégia permitiu que as ESFs pudessem participar ativamente das intervenções de vigilância ativa, isolamento dos casos e quarentena para os contatos e posteriormente a vacinação, além de se adaptar mais rapidamente para a retomada e continuidade do cuidado aos pacientes crônicos e de grupos prioritários.

Como sugestão de auxílio nesse processo orientava-se a instalação ou reorganização de gabinete de crise integrado ao governo do estado para o monitoramento permanente da nova etapa de ação de distanciamento social rígido ou lockdown e ações de enfrentamento da Covid-19.

Como ferramenta de apoio da avaliação das ações planejadas pelo gabinete de crise e implementadas e realizadas pelos profissionais das ESFs no município de Angra dos Reis na resposta à Covid-19 foram considerados os processos, sendo estes as relações entre os

recursos e estrutura e as atividades.

A técnica de modelização foi utilizada para orientar o método de avaliação seguida de uma matriz de análise para emissão de julgamento acerca do grau de implementação das atividades da intervenção e de um quadro com os fatores do contexto político e organizacional que facilitaram ou comprometeram a atuação dos profissionais no enfrentamento da pandemia.

A finalidade foi emitir o grau de conformidade e adequação, tendo por referência a norma da intervenção a partir de uma avaliação de implementação orientada aos atores-chaves, considerando o que estes disseram nas entrevistas e assim emitir o julgamento se a intervenção foi implementada conforme prevista, parcialmente implementada ou não implementada.

Foram consideradas as orientações do Ministério da Saúde para o enfrentamento da Covid-19, bem como as orientações dos especialistas em webinários e literatura (conhecimento científico).

A análise dos dados permitiu avaliar a influência da interação entre o contexto e a intervenção sobre os efeitos intermediários observados (resultados não nulos, porém ainda pouco robustos em razão da pandemia em curso).

Finalizando a avaliação foram considerados os fatores do contexto político e organizacional que facilitaram ou comprometeram a atuação da atenção primária à saúde nas ações de vigilância à Covid-19.

As dimensões, subdimensões e critérios da avaliação foram descritas no modelo teórico a seguir:

Quadro 11: Modelo Teórico da Avaliação de Implementação

Modelo Teórico da Avaliação de Implementação das Ações de Vigilância à Covid-19 pela ESF				
Avaliação de Implementação		Dimensão	Sub-dimensões	Critérios
Intervenção	Grau de Implementação	Acesso	Adequação	Processos
			Conformidade	Das ações aos protocolos recomendados pelo MS e comunidade científica.
	Organizacional		Planejamento	Planejamento do Enfrentamento

Contexto	Político	Gestão (Coordenadores de áreas)		Monitoramento das Ações
			Dimensão Gerencial	Condições de Aquisição de Insumos, testes e equipamentos
			Dimensão Técnica	Organização e integração das ações de VS da Covid-19 à APS
		Profissionais Implementadores	Dimensão Técnica	Ações de VS da Covid-19 implementadas na APS
		Governabilidade	Sustentabilidade política	Tempo dos coordenadores nas funções Autonomia Relação Interfederativa

Fonte: Elaboração Própria, adaptado de Vitorino (2017)

A partir do modelo teórico da avaliação foi possível construir a matriz qualitativa que norteou a análise e julgamento da adequação e conformidade dos processos e das ações agrupando os indicadores contemplados nessa parte da investigação, com base na perspectiva dos profissionais de saúde e do que foi proposto pelos membros da gestão no enfrentamento da pandemia.

Os parâmetros considerados para a interpretação dos resultados na matriz avaliativa foram qualitativos, considerando uma estrutura de pensamentos, de pontos de vista ou posicionamentos sobre os tópicos investigados nas entrevistas que permitiram o olhar de um meio social específico (MINAYO, 2005).

A maneira pela qual os processos são implementados são tão importantes quanto os resultados, onde a depender das circunstâncias, pode envolver a participação dos diversos profissionais, promover integração entre estes e os gestores (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Neste sentido, foram considerados parâmetros dos processos as percepções dos atores-chave de positividade ou negatividade relativas a existência e utilização ou não de insumos e recursos, percepções de qualidade dos insumos e recursos com a classificação de bom, regular ou ruim, percepções de suficiência, insuficiência ou inexistência de insumos e recursos. Para as ações foram consideradas percepções positivas e negativas quanto a

descrição da realização ou não de ações que estivesse de acordo com os protocolos ministeriais e de especialistas para o enfrentamento da Covid-19.

Foi utilizada a classificação de Implementado (I) quando a maioria das respostas dos entrevistados convergiam para uma percepção positiva, Parcialmente Implementado (PI) quando as respostas e opiniões se dividiam e Não – Implementado (NI) quando as respostas e opiniões convergiam para percepção negativa. Exceto para os indicadores utilização de celular pessoal e falta de vacina as respostas afirmativas foram classificadas como Não – Implementado (NI), as respostas divididas como Parcialmente Implementado (PI) e a resposta negativa como Implementado (I).

A partir da tematização das respostas somadas a análise documental foi possível avaliar a convergência das respostas quanto aos indicadores investigados nesta etapa.

Dos 22 indicadores considerados 13 foram considerados Implementados, 06 Parcialmente Implementados e 03 Não - Implementados, tendo como resultado final: Implementado.

Quadro 12: Matriz de Análise do Grau de Implementação

Dimensão: Acesso Sub- dimensão: Adequação			
Equipamentos de Proteção Individual			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
1.Disponibilização de EPI	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção positiva (I)
2.Capacitação Uso de EPI	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção dividida (PI)
Capacitação para o enfrentamento da Covid-19 e risco de contágio			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
3.Capacitação sobre Covid-19	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção dividida (PI)
Disponibilidade de insumos para avaliação e clínica do paciente			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
4.Oxímetro	Suficiente	Suficiência (I)	Suficiência (I)
5.Oxigênio	Insuficiente	Insuficiência (PI)	Inexistência (NI)
6.Termômetro	Inexistente	Inexistência (NI)	Suficiência (I)

Organização das unidades de saúde			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
7.Disponibilização de Internet	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção positiva (I)
8.Qualidade da Internet	Boa Regular Ruim	Percepção positiva (I) Percepção regular (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção regular (PI)
9.Disponibilização de Telefone Fixo	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção positiva (I)
10.Função do telefone fixo	Usuário com profissionais Profissionais com usuários Ambos	Uma das funções (PI) Ambas funções (I)	Ambas funções (I)
11.Disponibilização de celular	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção negativa (NI)
12.Utilização de celular pessoal	Sim Não	Respostas afirmativas (NI) Respostas divididas (PI) Respostas Negativas (I)	Respostas afirmativas (NI)
Dimensão: Acesso Sub- dimensão: Conformidade			
Ações dos profissionais de saúde da ESF para o enfrentamento da Covid-19;			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
13.Descrição de implementação de ações de acordo com os protocolos para Covid-19	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção positiva (I)
Ações dos Agentes de Controle de Endemias para o enfrentamento da Covid-19			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
14.Participação dos ACEs em apoio a ESF no enfrentamento da Covid-19	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção positiva (I)
Manejo e controle dos casos de Covid-19; Acompanhamento dos casos Covid-19			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
15.Descrição de implementação de	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI)	Percepção positiva (I)

identificação, notificação e monitoramento		Percepção negativa (NI)	
Fluxo de pacientes com Covid-19 em quadros moderados e graves na RAS			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
16.Implementação de fluxo definido e conhecido pelos profissionais.	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção positiva (I)
Continuidade do cuidado e rotina da APS			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
17.Adaptação das atividades aos protocolos sanitários para continuidade do cuidado	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção dividida (PI)
Identificação dos usuários e famílias mais vulneráveis e Apoio intersetorial social no enfrentamento da pandemia			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
18.Confirmação da identificação dos usuários e famílias mais vulneráveis	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção positiva (I)
19.Confirmação da existência de apoio intersetorial social	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção dividida (PI)
Ações de Comunicação e educação em saúde realizadas pelas equipes			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
20.Descrição de implementação de ações de comunicação e educação em saúde pelas equipes	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção dividida (PI)
Vacinação contra a Covid-19			
Indicador	Medida	Parâmetro	Resultado
21.Falta de vacinas contra a Covid-19	Sim Não	Respostas afirmativas (NI) Respostas divididas (PI) Respostas Negativas (I)	Respostas Negativas (I)
22.Vacinação adequada ao Protocolo Nacional de Imunização	Sim Não	Percepção positiva (I) Percepção dividida (PI) Percepção negativa (NI)	Percepção positiva (I)
Total de Indicadores: 22			
Indicadores com resultado Implementado (I): 13 equivalente a 59,09%			

Indicadores com resultado Parcialmente Implementado (PI): 06 equivalente a 27,27%
Indicadores com resultado Não – Implementado (NI): 03 equivalente a 13,63 %
Resultado da Análise do grau de implementação: Implementado
Legenda: (I) Implementado / (PI) Parcialmente Implementado / (NI) Não - Implementado

Fonte: Elaboração Própria, adaptado de Vieira-da-Silva (2014)

A partir da matriz de análise do grau de implementação foi possível observar que a maioria dos indicadores receberam a classificação de Implementado seguida da classificação de Parcialmente Implementado o que permitiu afirmar que a maioria dos processos foram percebidos como adequados e a maioria das ações estavam de acordo com as normas e protocolos ministeriais e científicos acerca da vigilância da Covid-19 pela APS.

A dimensão avaliada foi a de acesso. Na sub-dimensão da adequação foram observados os processos relacionados a EPI, capacitação, insumos e organização das unidades. E na sub-dimensão da conformidade as ações de enfrentamento da Covid-19 pelas eSF, manejo e controle de casos, fluxo de pacientes, continuidade da rotina das unidades, identificação de vulnerabilidades e apoio intersetorial social, comunicação e educação e saúde e vacinação.

O que levou a reflexão de que apesar do caráter complexo, dinâmico e plural que envolveu as ações de enfrentamento da Covid-19 a convergência das respostas permitiu observar o esforço tanto da gestão como dos profissionais implementadores no entendimento do manejo, na adaptação de estrutura e recursos, na disposição pelo trabalho multidisciplinar mesmo com a falta de profissionais e de alguns insumos essenciais. O conhecimento dos profissionais sobre os fluxos implementados e as ações realizadas, as sugestões e críticas bem delimitadas, a descentralização, mesmo que temporária das ações de VS denotam a possibilidade de integração com a APS, sendo necessário mais investimento e atenção nesta prática para conferir continuidade do trabalho e sustentabilidade das intervenções e por conseguinte melhores resultados tanto para os profissionais como para a população

6.5 DEFINIÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO ORGANIZACIONAL

Após a investigação foi possível avaliar os fatores do contexto político e organizacional nas dimensões da gestão, dos profissionais implementadores e da governabilidade que facilitaram ou comprometeram a atuação da atenção primária à saúde nas ações de vigilância à Covid-19.

Na dimensão da gestão foram observadas a sub-dimensão de planejamento através dos critérios de enfrentamento e monitoramento das Ações, a sub-dimensão gerencial pelos

critérios de condições de aquisição de insumos, testes e equipamentos e a sub-dimensão técnica pelos critérios de organização das ações de VS da Covid-19 na APS.

Os fatores do planejamento do enfrentamento e monitoramento das ações que facilitaram as ações da APS foram: a criação do gabinete de crise com ações intersetoriais, a definição de plano de contingência da Covid-19; criação de site específico que permitiu a comunicação do cenário epidemiológico ao público; fluxograma específico para a ESF de atendimento aos sintomáticos; fluxograma definido de pacientes com quadro moderado e grave; definição de estratégia de referência específica para Covid-19 para redução do impacto na continuidade das atividades de rotina das ESFs; definição de estratégia de referência específica para Covid-19 (criação das Tendas e instituição de Hospital de referência Covid-19); criação de ficha de notificação de síndrome gripal diferenciada e planilha específica de acompanhamento; emissão de boletim epidemiológico, disponibilidade de recursos tecnológicos como telefone fixo e internet;

Já os fatores do planejamento que comprometeram as ações foram: a falta de recursos humanos suficientes na ESF, tendo sido necessário a utilização de mão de obra em caráter de hora extra aumentando ainda mais a sobrecarga de trabalho já tão intensificada pela pandemia, baixo alcance das capacitações comprometendo a segurança e efetividade no manejo dos casos e da saúde tanto do usuário como dos profissionais, indisponibilidade de telefones celulares funcionais na maioria das unidades levando a utilização de celulares de cunho pessoal e falta de uniformização nas ações de informação e educação em saúde específica na ESF; falta de computadores e qualidade ruim da internet em algumas unidades; perfil litorâneo e turístico com dificuldade na restrição de trânsito de pessoas uma vez que muitas pessoas de outros municípios possuem segundo domicílio em Angra; grande extensão territorial.

Na sub-dimensão gerencial os fatores de condições de aquisição de insumos, testes e equipamentos que facilitaram as ações foram: disponibilidade e suficiência de EPIs; disponibilidade e suficiência da maioria dos equipamentos necessários para manejo da Covid-19; disponibilidade de testes rápidos e RT-PCR tanto para os usuários como para os profissionais com suspeita de Covid-19; Protocolo de EPI por perfil de unidade e serviço a fim de driblar a escassez dos produtos no mercado e apoio da FIOCRUZ com testes para populações específicas (indígenas e quilombolas) e rede de referência equipada e suficiente.

Neste aspecto os fatores que comprometeram foram: a dificuldade para a compra de EPI) por aumento da demanda, redução da oferta e elevação dos preços a nível Nacional e

Inexistência de oxigênio na maiorias das unidades de ESF e insuficiência de testes para testagem em larga escala e maior contenção da disseminação do vírus.

Na dimensão dos profissionais implementadores (profissionais da ESF e ACEs) foi observada a dimensão técnica pelos critérios de organização e integração das ações de VS da Covid-19 à APS, foram facilitadores os seguintes aspectos: a descentralização da vigilância em saúde através do serviço de monitoramento de casos conferindo integração com as ESFs; apoio dos ACEs especialmente no monitoramento de áreas não cobertas por ESFs; suficiência do quantitativo de vacinas com respeito ao PNI e disponibilização de mais de 50 pontos para vacinação, campanhas e vacinação domiciliar em pacientes acamados; adaptação das atividades usuais de rotina para a continuidade do cuidado aos usuários não-Covid-19 especialmente os pertencentes aos grupos prioritários.

Os fatores que comprometeram foram a pouca percepção da integração entre os serviços de vigilância e APS restrita apenas no primeiro ano da pandemia durante a descentralização do serviço de monitoramento de casos.

A última dimensão investigada foi a da governabilidade com a sub-dimensão da sustentabilidade política através da observação dos critérios de tempo dos coordenadores nas funções, autonomia local e relação Inter federativa. Os fatores que facilitaram foram a longevidade no tempo de função dos profissionais; o apoio da SES/RJ no planejamento e orientações; o Decreto de afastamento dos profissionais do pertencentes ao grupo de risco; a criação de Centros de Triagem de referência (Tendas) e Hospital de referência caracterizando a autonomia da gestão local e pioneirismo no enfrentamento, a suficiência da rede de serviços disponibilizados para atendimento à pacientes com Covid-19, a instituição de protocolo para retomada de serviços de acordo com o cenário epidemiológico dos territórios e do município e a percepção positiva dos profissionais implementadores sobre o enfrentamento e a conduta geral da gestão.

Foram fatores que comprometeram: a ausência de consenso e disputas entre o nível federal e demais níveis estadual e municipal; o desconhecimento do manejo da doença especialmente no início da pandemia; a redução de fomento para a APS ao longo dos últimos cinco anos e por último e fundamental o negacionismo e omissão do Governo Federal frente à pandemia.

Quadro 13: Contexto Político Organizacional

Dimensão: Gestão	
Sub-dimensão: Planejamento	
Critérios: Enfrentamento e Monitoramento das Ações	
Fatores que Facilitaram	Fatores que Comprometeram
<ul style="list-style-type: none"> *Criação do gabinete de crise; *Definição de plano de contingência da Covid-19; *Criação de site específico que permitiu a comunicação do cenário epidemiológico ao público; *Fluxograma específico para a ESF de atendimento aos sintomáticos; *Fluxograma definido de pacientes com quadro moderado e grave; * Definição de estratégia de referência específica para Covid-19; *Criação de ficha de notificação de síndrome gripal diferenciada e planilha específica *Disponibilidade de recursos tecnológicos como telefone fixo e internet; 	<ul style="list-style-type: none"> *Falta de recursos humanos suficientes na APS; *Redução dos fomentos na APS; *Baixo alcance das capacitações de EPI e Covid; *Pouca inclusão de profissionais implementadores na tomada de decisão; *Indisponibilidade de telefones celulares funcionais; * Falta de uniformização nas ações de informação e educação em saúde específica na ESF; *Falta de computadores e qualidade ruim da internet em algumas unidades; *Perfil litorâneo e turístico; *Extensão Territorial.
Sub-dimensão: Gerencial	
Critérios: Condições de Aquisição de Insumos, testes e equipamentos	
Fatores que Facilitaram	Fatores que Comprometeram
<ul style="list-style-type: none"> *Disponibilidade e suficiência de EPIs *Disponibilidade e suficiência da maioria dos equipamentos necessários para manejo da Covid-19. Disponibilidade de testes rápidos e RT-PCR Protocolo de EPI por perfil de unidade e serviço Apoio da FIOCRUZ com testes para populações específicas (indígenas e quilombolas) Rede de referência equipada e suficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> *Dificuldade para a compra de EPI; Inexistência de oxigênio na maiorias das unidades de ESF. *Rápido avanço do número de casos; *Testes insuficientes para testagem em larga escala
Sub-dimensão: Técnica	
Critérios: Organização das ações de VS da Covid-19 na APS	
Fatores que Facilitaram	Fatores que Comprometeram
<ul style="list-style-type: none"> *Integração entre VS e APS pela descentralização do serviço de monitoramento de casos; *Apoio dos Agentes de Combate à Endemias em áreas não cobertas por ESFs; *Suficiência de vacinas e respeito ao Protocolo Nacional de Imunização e alta disponibilização de vacinação. *Adaptação das atividades usuais de rotina para a continuidade do cuidado aos usuários não-Covid-19 especialmente os pertencentes aos grupos prioritários. 	<ul style="list-style-type: none"> *Pouca percepção da integração entre os serviços de vigilância e APS apenas no primeiro ano da pandemia durante o serviço de monitoramento de casos descentralizado. *Fake News
Dimensão: Profissionais Implementadores	
Sub- dimensão: Técnica	
Fatores que Facilitaram	Fatores que Comprometeram

<ul style="list-style-type: none"> *Identificação e notificação de casos suspeitos e confirmados *Adaptação das atividades dos ACS para peridomiciliares e remotas implementando os protocolos de segurança contra o contágio e disseminação da Covid-19. *Reorganização da vacinação do calendário e instituição da vacinação Covid-19; *Realização de reuniões de Equipe 	<ul style="list-style-type: none"> *Medo *Falta de RH e sobrecarga de trabalho *Cansaço e dificuldades emocionais *Falta de apoio emocional *Dificuldade da adesão da população às medidas sanitárias e reforço das vacinas. *Desinformação sobre a doença. *Fake News *Redução dos atendimentos *Aumento da demanda reprimida *Falta de participação dos profissionais implementadores na tomada de decisão *Testes para a população e usuários limitados aos casos suspeitos e portanto concentrados e não disponíveis para testagem em massa e controle de transmissão nos territórios.
Dimensão: Governabilidade	
Sub- dimensão: Sustentabilidade e Governabilidade	
Fatores que Facilitaram	Fatores que Comprometeram
<ul style="list-style-type: none"> *Longevidade no tempo de função dos profissionais *Apoio da SES/RJ no planejamento e orientações. *Decreto de Afastamento dos profissionais do pertencentes ao grupo de risco *Criação de Centros de Triagem de referência e Hospital de referência caracterizando a autonomia da gestão local e pioneirismo no enfrentamento. *Suficiência da rede de serviços disponibilizados para atendimento à pacientes com Covid-19 *Instituição de protocolo para retomada de serviços de acordo com o cenário epidemiológico dos territórios e do município. *Percepção positiva dos profissionais implementadores sobre o enfrentamento e a conduta geral da gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> *Ausência de consenso e disputas entre o nível federal e demais níveis estadual e municipal <li style="padding-left: 20px;">*Desconhecimento do manejo da doença especialmente no início da pandemia. <li style="padding-left: 40px;">*Redução de fomento para a APS *Negacionismo e omissão do Governo Federal frente à pandemia.

Fonte: Elaboração Própria

7. CONCLUSÃO

O estudo permitiu a compreensão da realidade vivenciada, as motivações e interesses dos atores-chave pela escuta atenta da perspectiva dos profissionais implementadores e descreveu as ações de vigilância da Covid-19. Foi possível assim, avaliar a implementação dessas ações no âmbito da ESF bem como contextualizar os aspectos político organizacionais local. Fica evidente o esforço das eSF no enfrentamento da pandemia nos territórios em que pese as inúmeras dificuldades já existentes e as que foram ampliadas no período.

A estratégia da gestão da criação das “tendas” como ponto de referência para o atendimento exclusivo dos pacientes com sintomas respiratórios se demonstrou imprescindível de forma a administrar, em tempo oportuno, as dificuldades de infraestrutura além da principal dificuldade evidenciada na atuação, a falta de recursos humanos nas ESFs, relatada por todos os entrevistados e também evidenciada nos relatórios de monitoramento da análise documental. Recomenda-se atenção a esse aspecto especialmente nas categorias de enfermagem não disponíveis todos os dias nas unidades e as categorias de ACS realizando funções de recepção reduzindo o foco de atenção nos territórios. É urgente ampliar a disponibilização de telefones celulares funcionais viabilizando as novas formas de comunicação em tempos como o atual. Também é urgente ampliar a capacidade e suficiência de insumos como o oxigênio nas unidades de ESF que apesar de não ser o principal ponto de referência para triagem de sintomáticos, não deixou de receber outros pacientes que a mantém como principal porta de entrada em razão do vínculo.

Também foi possível observar o compromisso firmado no enfrentamento da pandemia com a preocupação em adaptar as atividades de acordo com os protocolos para garantir a continuidade dos serviços de rotina das unidades. Sua capilaridade e importância foi valorizada inclusive pela descentralização da vigilância em saúde incluindo a ESF no monitoramento dos casos leves em quarentena domiciliar, bem como pós alta hospitalar.

É recomendável que as capacitações sejam fortalecidas, especialmente na qualificação dos ACS e ACEs para além da continuidade do cuidado, mas também como agente de apoio social às famílias em situação de vulnerabilidade e também vigilância comunitária.

É recomendável a manutenção de grupo de trabalho contínuo, como o gabinete de crise sugestão também dos membros da gestão a fim de assegurar o planejamento de ações. Uma vez que a convivência com o vírus da Covid-19 vem adotando comportamento sazonal, além das demais emergências em saúde que exigem atuação intensificada da VS e que para

atingir maior número de casos identificados precocemente, busca ativa de contatos e isolamento depende do apoio territorial, bem evidenciado no estudo. Neste aspecto ampliar a oferta de testagem aos não sintomáticos também é fundamental.

A vacinação se demonstrou efetiva apesar do foco do estudo não estar nos efeitos, a cobertura vacinal relatada e a redução de internações e óbitos precisam ser enfatizadas pela importância da APS na imunização.

O intuito estratégico desta avaliação foi gerar subsídios para a melhoria das ações de VS na APS e ampliar a participação democrática dos profissionais, sendo assim, recomenda-se ampliar a integração entre a gestão e os profissionais implementadores através da inclusão destes nos processos de tomada de decisão, a fim de aumentar o sucesso na implementação das ações.

Reconhecendo os limites do alcance do estudo, especialmente considerando o contexto de distanciamento, recomenda-se em estudos futuros ampliar a avaliação incluindo dentre os atores chave a participação popular através do Conselho Municipal de Saúde e considerar os atributos relacionais como a percepção dos usuários.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Rede de pesquisa em APS da Abrasco (Rede APS) Relatório Rede APS **Seminário APS no SUS e Covid**. 16 de abril de 2020 Disponível em: <https://redeaps.org.br> Acesso em: 11 Set. 2021.
- ABRASCO. Rede de pesquisa em APS da Abrasco (Rede APS) João Pessoa, **8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 27 de setembro de 2019 Disponível em: <https://redeaps.org.br> Acesso em: 18 Jan. 2021.
- ANGELO, J. R.; LEANDRO, B. B. da S.; PERISSÉ, A. R. S. 2. Boletim socioepidemiológico da COVID-19 nas favelas: análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por COVID-19 em favelas cariocas. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, n. 2, 53p., 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44450> Acesso em: 03 Fev. 2021.
- ANGRA DOS REIS BE/SMS/SAS/DSC/VE. Boletim Epidemiológico Coronavírus – Covid-19. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. **Secretaria Municipal de Saúde**, Nº268, 2020. Disponível em: <http://coronavirus.angra.rj.gov.br/> Acesso em: 10 Dez. 2021.
- ANGRA DOS REIS PMS/SMS/DPCAAR. Plano Municipal de Saúde de Angra dos Reis 2018 - 2021. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. **Secretaria Municipal de Saúde**, 137p., 2020. Disponível em: <https://www.angra.rj.gov.br/fusar-plano-saude.asp?IndexSigla=SSA&vNomeLink=Plano%20Municipal%20de%20Sa%FAde%202018%20-%202021> Acesso em: 06 Out. 2020.
- ANGRA DOS REIS PMC/SMS. Plano de Contingência da Secretaria de Saúde para enfrentamento da Covid-19. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. **Secretaria Municipal de Saúde**, 44p. 2020. Disponível em: <http://coronavirus.angra.rj.gov.br/> Acesso em: 06 Out. 2020.
- BALLARD, M.; BANCROFT, E.; NESBIT, J.; JOHNSON, A.; HOLEMAN, I.; FOTH, J.; ROGERS, D.; YANG, J.; NARDELLA, J.; OLSEN, H.; RAGHAVAN, M.; PANJABI, R.; ALBAN, R.; MALABA, S.; CHRISTIANSEN, M.; RAPP, S.; SCHECHTER, J.; AYLWARD, P.; ROGERS, A.; ... PALAZUELOS, D. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 6, p. e002550, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002550> Acesso em: 10 Out. 2020.
- BARBOSA, S. P.; SILVA, A. V. F. G. A prática da Atenção Primária à Saúde no combate da Covid-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p.17-19. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/62/43> Acesso em: 02 Maio 2021.
- BARCELLOS, C. Uma nova geografia e o direito à informação e comunicação: a sobrevida em meio à pandemia de Covid-19. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 2, 26 jun. 2020. DOI 10.29397/reciis.v14i2.2122. Disponível em: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2122>. Acesso em: 19 Fev. 2021.

BOUSQUAT A., GIOVANELLA L., MEDINA M.G., MENDONÇA M.H.M., FACHINNI L.A., TASCA R., NEDEL F., LIMA J.G., MOTA P.H.S., AQUINO R. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: **Rede de Pesquisa em APS Abrasco**. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/> Acesso em: 08 Out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. Mesa Diretora Biênio 2021-2022. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, Relatório Final CPI da Pandemia./ **Congresso Nacional. Senado Federal. Mesa Diretora Biênio 2021-2022. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia**. – Brasília: Senado Federal, p.58-251, 2021.

BROUSSELLE, A. (Org.) Avaliação: conceitos e métodos./ organizado por Astrid Brousselle [et al]; tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, p.16-39, 2011.

CAVALCANTE, J. R.; CARDOSO-DOS-SANTOS, A. C.; BREMM, J. M.; LOBO, A. de P.; MACÁRIO, E. M.; OLIVEIRA, W. K. de; FRANÇA, G. V. A. de. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, ago. 2020. DOI [10.5123/S1679-49742020000400010](https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400306&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 jan. 2021.

CHIANCA, T. K. SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 400–404, mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s29>. Acesso em: 21 jan. 2021.

COELI, C.M. et al. Sistemas de informação em saúde. *In*: Medronho, RA (editor-chefe). *In*: Epidemiologia, 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2009. pp. 525-534 (Capítulo 29). **Fiocruz, Seminário Revolução Digital e Saúde: contextos, aplicações, riscos**. Disponível em: <https://youtu.be/7HRkQUtWkG0> Acesso em: 12 Nov. 2020.

CRUZ, M. M.; REIS, A.C. Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. *In*: Roberta Gondim; Victor Grabois; Walter Mendes. (Org.). Qualificação de Gestores do SUS. 2ªed. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Ensp/EAD**, 2011, v. 2, p. 415-426.

DASA. Dados Covid-19. **DASA ANALYTICS**. 2021 Disponível em: <https://dadoscoronavirus.dasa.com.br/> Acesso em: 20 Jan. 2022.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. *In*: HARTZ, ZMA.; SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, p. 48-88. 2005, ISBN: 978-85-7541-516-0. DOI: 10.7476/9788575415160. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>. Acesso em 26 Mar. 2021.

ENGSTROM, E.; MELO, E.; GIOVANELLA, L.; MENDES, A.; GRABOIS, V. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. , p. 7, [s. d.]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19> Acesso em: 15 Jan. 2021.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4. Rio de Janeiro: **ESPJV/FIOCRUZ**. p. 43-67,2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171> Acesso em: 16 Maio 2020.

FIGUEIREDO, N.M.A. de. Método e metodologia na pesquisa científica / organização Nélia Maria Almeida de Figueiredo. – 3. Ed. – São Caetano do Sul, SP: **Yendis Editora**, 2008.

FIOCRUZ. Presidência. Relatório A evolução da Covid-19 no estado do Rio de Janeiro: desafios no enfrentamento da crise sanitária e humanitária relacionada à pandemia. Posicionamento da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro: **Presidência**, 06 de Maio 2020.

FONTOURA, H.A. da. Tematização como proposta de análise de dados na pesquisa qualitativa. *In*: Helena Amaral da Fontoura. (Org.). Formação de professores e 111 diversidades culturais: múltiplos olhares em pesquisa. 1ed. Niterói: **Intertexto**, 2011b, v. 1,

p. 61-82, 2011

FRANCO, T. de A. V. A pandemia nas fronteiras da reforma sanitária: os desafios da rede hospitalar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300307, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300307>. Acesso em: 2 abr. 2022.

GARATTINI, L.; BADINELLA MARTINI, M.; MANNUCCI, P. M. Improving primary care in Europe beyond COVID-19: from telemedicine to organizational reforms. **Internal and Emergency Medicine**, 16 nov. 2020. DOI [10.1007/s11739-020-02559-x](https://doi.org/10.1007/s11739-020-02559-x). Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11739-020-02559-x>. Acesso em: 21 Jan. 2021.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, maio 2020. DOI [10.5123/S1679-49742020000200009](https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200100&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 Abr. 2022.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: **Atlas**, 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa / Antonio Carlos Gil. – 4. Ed. – São Paulo: **Atlas**, 2002. Disponível em http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf Acesso em: 11 Maio 2020.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 15 Nov. 2021.

GIOVANELLA, L.; VEGA, R.; TEJERINA-SILVA, H.; ACOSTA-RAMIREZ, N.; PARADA-LEZCANO, M.; RÍOS, G.; ITURRIETA, D.; ALMEIDA, P. F. de; FEO, O. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00310142, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>. Acesso em: 21 Jan. 2021.

GÓIS, M. P. F. de. Turismo, Território e Urbanização: Uma reanálise do caso do Município de Angra dos Reis e da Região Turística da Costa Verde (RJ). **Geo UERJ**, [S.l.], n. 37, p. e33263, dez. 2020. ISSN 1981-9021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/view/33263>. Acesso em: 04 Mar. 2022.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. A atenção Básica no Olho do Furacão. *In: Atenção Básica é o caminho! Desmontes, Resistências e Compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde / organização Marco Akerman...*[et al.].-1.ed. – São Paulo: Hucitec, p. 38-47, 2020.

GUBA, E. G. FourthGeneration Evaluation / Egon G. Guba and Yvonna S. Lincoln. Newbury Park, Calif.: **Sage Publications**, p.21-49, 1989.

GUIMARÃES, R. M.; MEIRA, K. C.; PAZ, E. P. A.; DUTRA, V. G. P.; CAMPOS, C. E. A. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de

Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1407–1416, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>. Acesso em: 02 Maio 2021.

HARTZ, ZMA.; SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 275 p. 2005, ISBN: 978-85-7541-516-0. DOI 10.7476/9788575415160. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>. Acesso em: 19 Fev. 2021.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **Comment** Volume 396, Issue 10255, 874p., September 26, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6> Acesso em: 30 Abr. 2020.

HUR, D. U.; SABUCEDO, J. M.; ALZATE, M. Bolsonaro e Covid-19: Negacionismo, militarismo e neoliberalismo. **pp.**, v. 21, p. 20, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200018 Acesso em: 16 Jan. 2022.

KIDD, M. R. Five principles for pandemic preparedness: lessons from the Australian COVID-19 primary care response. **British Journal of General Practice**, v. 70, n. 696, p. 316, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp20X710765> Acesso em: 1 Jul. 2020.

LOVE, A. (2004). Implementation evaluation. In J. S. Wholey, H. P. Hatry, & K. E. Newcomer (Eds.), **Handbook of practical program evaluation** (2nd ed., pp. 63-97). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

MASSUDA, A. PINTO, H.A. Financiamento da Atenção Primária à Saúde brasileira: avanços, desafios e ameaças. *In: Atenção Básica é o caminho! Desmontes, Resistências e Compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde / organização Marco Akerman...[et al.].*-1.ed. – São Paulo: Hucitec, p.48-60, 2020.

MASSUDA, A.; RASELLA, D.; HONE, T.; TASCA, R. Cenários do financiamento público em saúde *In: Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília : OPAS; 2018.* Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001.pdf> Acesso em: 19 Fev. 2021.

MENDES, E. V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. *In: BRASÍLIA; CONASS; 2020. 92 P. monografia em português. Coleção SUS, CONASS [s. d.].* Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223372> Acesso em: 05 Jun. 2021.

MINAYO, M. C. DE S.; ASSIS, S. G. DE; SOUZA, E. R. DE (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, RJ: **Editora Fiocruz**, 2005.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde**

Pública, v. 24, n. 8, p. 1877–1886, ago. 2008. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800016> Acesso em: 11 Fev. 2021.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898–906, jun. 2005.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024> Acesso em: 05 Fev. 2021.

MOURA, A. S. Endemias e epidemias: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose / Alexandre Sampaio Moura e Regina Lunardi Rocha. -- Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, 2012. Disponível em

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3285.pdf> Acesso em: 16 Maio 2020.

MOREIRA, K. S.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. de M.; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS, BRAZIL; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS, BRAZIL; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS, BRAZIL. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 117–127, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611109>. Acesso em: 21 Fev. 2021

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, Â. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 929–936, jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029> Acesso em: 04 Fev. 2021.

OLIVEIRA, C. M. de; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 255–267, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385> Acesso em: 02 Set. 2021

OLIVEIRA, W. K. de; DUARTE, E.; FRANÇA, G. V. A. de; GARCIA, L. P. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 0, maio 2020. DOI 10.5123/S1679-49742020000200023. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200200&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 21 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The global burden of disease: 2004 update.

Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em

https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf Acesso em 17 Maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331492> Acesso em: 15 Maio 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) Folha informativa COVID-19 - **Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. Atualizada em 10 de setembro de 2020.

Disponível em <https://www.paho.org/pt/covid19> Acesso em: 11 Set. 2020.

PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe3, p. 172–

182, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s313> Acesso em: 02 Set. 2021.

RIBEIRO, D., Lugar de fala / Djamila Ribeiro. – São Paulo: Sueli Carneiro; **Editora Jandaíra**, 112p. 2020.

SABROZA, Paulo C. Concepções sobre saúde e doença. *In*: SANTOS, Elizabeth M.; NATAL, Sônia (orgs.). Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica. Rio de Janeiro: **Abrasco**, p. 350-369, 2005.

SANTOS, E.M. dos; CRUZ, M.M. da. Introdução *In*: Avaliação em Saúde_V3_LIVRO.INDB. , p. 14, 2014 [s. d.]. Disponível em: <https://moodle.ead.fiocruz.br/mod/folder/view.php?id=16775> Acesso em: 08 Dez. 2020.

SILVA, L.R.; CAPAZ, M.C.N.; SANTOS, M do C.G. dos; THULER, M.C. dos S.; RODRIGUES, S.I.P.R.; DIOGO, M.A.; GUSMÃO, C.C.A.L. A construção da informação como ferramenta de articulação e integração da rede de atenção à saúde. *In*: IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde. / Valcler Rangel Fernandes [et al.]. (Organizadores). – Rio de Janeiro: **Cebes**, 2020.

SILVA R.R.; GASPARINI, M.F.V.; GOMES, P.C.I.C.; AKERMAN, M. Avaliação da atenção básica no Brasil: luco-fusco e aurora. *In*: Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS: perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde / organização Marco Akerman...[et al.]. -1.ed. – São Paulo: **Hucitec**, p. 21-37, 2020

SOUSA, P. A. F. de. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. spe, p. 884–894, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700009> Acesso em: 11 Fev. 2021.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2012;1 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf> Acesso em: 18 Maio 2020.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. da C. N.; CARMO, E. H.; OLIVEIRA, W. K. de; PENNA, G. O. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018> Acesso em: 19 Fev. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação de políticas e programas de saúde./ Lígia Maria Vieira-da-Silva. – Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2014

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z. M. DE A.; VIEIRA-DASILVA, L. M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador : Rio de Janeiro: EDUFBA ; **Editora Fiocruz**, 2005. p. 15–39.

VITORINO, S. A. S. Avaliação da implantação da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde: estudos de caso em municípios de pequeno porte de Minas Gerais. 2017. 329 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27927> Acesso em: 15 Maio 2021.

WEBINAR COSEMS/RJ: Flexibilização do Distanciamento Social e Interiorização da Covid-19 no estado do Rio de Janeiro. Painel On line Iniciativa: **Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/RJ), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Associação Estadual de Municípios do Rio de Janeiro (AEMERJ)**. Jul 2020. 1 vídeo (2h:25min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=CsQRxvdamjc> Acesso em: 10 Out. 2020.

WEBINAR: Painéis de Indicadores sobre a Pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro: [s.n.], 17 Ago. 2020 1 vídeo (2h:22min). Painel On line Publicado pelo **Canal Vídeo Saúde** Distribuidora da Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=A9RX07C1fQQ> Acesso em: 15 Nov. 2020.

YIN, R. K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: **Bookman**, 2005.

YIN, R.K. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 5ed. Porto Alegre (RS): **Bookman**. 290 p., 2015.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas I

**ROTEIRO DE ENTREVISTAS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE
AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS (ACE)**

I. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

0. Nome completo:
1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade (em anos completos):
3. É servidor Público? () Sim () Não. Se não, qual o cargo que ocupa? _____
4. Nome da Instituição em que atua: _____
5. Há quanto tempo atua como ACE? _____
6. Qual seu local de atuação? Mencionar se a área é de fácil ou difícil acesso e se está em território vulnerável: _____

Bloco 1: Proteção à saúde dos profissionais de saúde e insumos para o enfrentamento à Covid-19

7. Quais equipamentos de proteção individual estão disponíveis ao ACE?

8. Você recebeu capacitação para o uso dos EPIs? () Sim () Não

9. Você recebeu capacitação sobre controle da Covid-19? () Sim () Não Se sim, o que foi abordado?

10. Algum profissional da sua unidade ficou doente ou foi afastado por suspeita ou caso confirmado de Covid-19? () Sim () Não () Não sei informar Se sim, que providências foram tomadas?

Bloco 2: Organização do trabalho do ACE para enfrentamento da epidemia

11. Quais ações são desenvolvidas pelos profissionais da sua unidade para o enfrentamento da Covid-19?

12. Os ACS estão realizando atividades: () Prioritariamente no território; () As atividades dos/as ACE foram suspensas; Se não estão realizando atividades, porquê?

As visitas aos usuários estão ocorrendo de forma peridomiciliar? () Sim () Não

13. Que ações de comunicação e educação em saúde, são realizadas pela Vigilância em Saúde para os usuários?

() Mídias sociais () Cartazes () Panfletos () Salas de espera () Mensagens em whatsapp app

() Outros () Não são realizadas

Bloco 3: Organização do trabalho para a continuidade do atendimento aos usuários

14. Em razão da pandemia, as atividades usuais/de rotina do ACE foram:

() Reduzidas, com foco em alguns grupos () Mantidas, com estratégias adaptadas em função da Covid-19 () Suspensas () Mantidas

15. Qual a principal dificuldade que você tem encontrado para reorganizar o trabalho, enquanto ACE, no atual contexto de enfrentamento da Covid-19?

16. Quais as expectativas, reflexões, recomendações dos ACE para o pós pandemia?

17. Que sugestões teria para a melhoria das ações de enfrentamento da Covid-19?

18. Você gostaria de contar mais alguma coisa para a pesquisa, alguma experiência que gostaria de compartilhar?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas II

ROTEIRO DE ENTREVISTAS PROFISSIONAIS DA SAÚDE - APS

II. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

0. Nome completo:
1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade (em anos completos):
3. É servidor Público? () Sim () Não. Se não, qual o cargo que ocupa? _____ _____
4. Nome da Instituição em que atua: _____
5. Qual a sua profissão? _____
6. Há quanto tempo atua na APS? _____

7. ENTREVISTA

Bloco 1: Perfil

8. Onde se localiza sua UBS/ESF ? Mencionar se a área é de fácil ou difícil acesso, e se está em território vulnerável:

9. Quantas equipes de ESF existem em sua unidade?

10. Tem internet na Unidade? () Sim () Não / Se sim, você considera () boa () regular () ruim?

11. Tem telefone fixo na unidade? () Sim () Não / Se sim, para contato () com o usuário () do usuário com os profissionais () ambos

12. Tem celular na unidade? () Sim () Não / Se sim, para contato () com o usuário () do usuário com os profissionais () ambos

13. Você utiliza seu próprio celular para contatar os usuários?

Bloco 2: Proteção à saúde dos profissionais de saúde e insumos para o enfrentamento à Covid-19

14. Quais equipamentos de proteção individual estão disponíveis em sua unidade?

15. Você recebeu capacitação para o uso dos EPIs? () Sim () Não

16. Você recebeu capacitação sobre controle da Covid-19? () Sim () Não

17. Algum profissional da sua unidade ficou doente ou foi afastado por suspeita ou caso confirmado

de Covid-19? () Sim () Não () Não sei informar

18. Que insumos existem na sua unidade?

Insumo	Não	Sim e suficiente	Sim, mas insuficiente
Oxímetro			
Oxigênio			
Medicamentos para síndrome gripal			
Termômetro infravermelho			
Testes rápidos (IgG/IgM) para Covid-19 para população			
Testes rápidos (IgG/IgM) para Covid-19 para profissionais de saúde			
Acesso a Teste RT-PCR para Covid-19			

Bloco 3: Organização do trabalho na unidade de saúde para enfrentamento da epidemia

19. Quais ações são desenvolvidas pelos profissionais da sua unidade para o enfrentamento da Covid-19?

20. Quais ações são desenvolvidas pelos profissionais da unidade no manejo dos casos e contatos de

Covid-19?

Ações	Sim	Não	Como são realizadas as ações / acompanhamento
Identificação dos contatos dos casos suspeitos/confirmados de Covid-19.			

Notificação dos casos de Covid-19.			
Acompanhamento da quarentena (isolamento) dos contatos de Covid-19.			

21. A respeito da vacinação contra a Covid-19: Tem havido falta de vacinas? O protocolo tem seguido às orientações do PNI?

22. A unidade é informada sobre casos suspeitos/confirmados de Covid-19 de residentes de seu

território, diagnosticados por outros serviços?

Sempre Quase sempre Raramente Nunca Não sei informar

23. Existe acompanhamento dos pacientes diagnosticados com Covid-19 que estão em quarentena?

Sim Não Se sim, em que período: a cada 12h a cada 24h a cada 48h período superior a 48h

24. Como é feito o acompanhamento de casos?

Telefonemas; Whatsapp; Teleconsultas; Visitas domiciliares; Visitas peridomiciliares; Não é feito o acompanhamento

25. Os ACS estão realizando atividades: Prioritariamente na unidade; Prioritariamente no território; As atividades dos/as ACS foram suspensas; Não existem ACS na UBS. Se não estão realizando atividades, porquê?

26. Você tem conseguido que os pacientes encaminhados sejam atendidos no serviço de referência? Sempre; Quase sempre; Nunca encaminhei; Raramente; Nunca

27. Quem realiza o transporte dos pacientes com quadros clínicos moderados ou graves de Covid-

19? SAMU Secretaria Municipal de Saúde Família do paciente Outro

28. A equipe possui a identificação dos usuários e famílias mais vulneráveis, especialmente quanto à insegurança alimentar e nutricional? Se sim, explique o processo e se existe um canal de planejamento e apoio as famílias em situação de vulnerabilidade:

29. Como a equipe está realizando o planejamento das ações?

Em reunião de equipe Com apoio institucional da SMS

30. Que ações de comunicação e educação em saúde, são realizadas pelas equipes para os

usuários? () Mídias sociais () Cartazes () Panfletos () Salas de espera () Mensagens em whatts app

() Outros () Não são realizadas

Bloco 4: Organização do trabalho na unidade de saúde para a continuidade do cuidado dos usuários

31. Em razão da pandemia, as atividades usuais/de rotina da unidade foram: () Reduzidas, com foco em alguns grupos () Mantidas, com estratégias adaptadas em função da Covid-19

() Suspensas

() Mantidas

32. Quais destas atividades na sua UBS foram suspensas, mantidas ou adaptadas em função da

epidemia de Covid-19?

	Suspensa	Mantida	Adaptada	Não era realizada
Visita domiciliar pelo ACS				
Agendamento de consultas para grupos prioritários				
Atendimento à demanda espontânea				
Atendimento a usuários hipertensos e diabéticos				
Pré-natal				
Consulta médica				
Consulta de enfermagem				
Consulta odontológica				
Consultas de puericultura				
Vacinação				
Grupos de promoção de saúde				

33. Em relação ao cuidado e acompanhamento de grupos prioritários, a unidade:
- Dispõe de listas dos usuários (ex. hipertensos, gestantes) Acompanha por chamada telefônica
- Acompanha por consulta on line Acompanha por WhatsApp - mensagem de texto;
- Acompanha por WhatsApp – vídeo; Envia receita ao usuário pela internet/foto; Solicita exame pela internet/foto; Entrega medicamentos no domicílio do usuário; O prazo de dispensação das receitas foi ampliado
34. A equipe realiza o acompanhamento das condicionalidades de saúde de programas como o Bolsa Família, entendendo como uma importante oportunidade de estar com famílias vulneráveis e captar demandas? Sempre Quase sempre Raramente Nunca
35. Qual a principal dificuldade que você tem encontrado para reorganizar o trabalho na unidade no atual contexto de enfrentamento da Covid-19?
36. Você considera que a unidade tem autonomia nas ações de vigilância à Covid-19? Se sim, considera que o processo propiciou que a unidade caminhasse junta a VS em busca de um novo modelo de atendimento? Se não, justifique o motivo:
37. Quais as expectativas, reflexões, recomendações e/ou planejamentos da equipe para o pós pandemia?
38. Que sugestões teria para a melhoria das ações de enfrentamento da Covid-19?
39. Você gostaria de contar mais alguma coisa para a pesquisa? Alguma experiência que você gostaria de compartilhar?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevistas III

ROTEIRO DE ENTREVISTAS GESTOR, GERENTES, COORDENADORES

I. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

0. Nome completo:
1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade (em anos completos):
3. É servidor Público? () Sim () Não.
4. Nome da Instituição em que atua: _____
5. Qual a sua inserção na gestão? Cargo? _____
6. Há quanto tempo atua nesta função? _____

II. ENTREVISTA

Bloco 1: Perfil

7. Quantas Equipes de Saúde da Família (ESF) existem em seu município?
8. Quantas equipes de ESF existem em sua unidade?
9. Tem internet na maioria das unidades? () Sim () Não / Se sim, você considera () boa () regular () ruim?
10. Tem telefone fixo na unidade? () Sim () Não / Se sim, para contato () com o usuário () do usuário com os profissionais () ambos
11. A gestão municipal disponibiliza celulares na maioria das unidades? () Sim, já era rotina () Sim, foram disponibilizados aparelhos e chips pela pandemia () Sim, foram disponibilizados apenas chips pela pandemia () Não disponibiliza
12. As ESFs de seu município recebem alunos de graduação, residência médica ou residência multiprofissional?

Bloco 2: Covid-19

13. Quais ações são conduzidas pela gestão municipal para o enfrentamento da Covid-19?
 Elaboração de plano de contingência municipal Análise do impacto da epidemia nos serviços de AB/APS no município Planejamento da reorganização de serviços de AB/APS Levantamento de necessidades de apoio logístico e operacional para AB/APS Levantamento de necessidades de insumos e equipamentos para as UBS Organização de atividades de vigilância epidemiológica específicas Organização de atividades de vigilância sanitária específicas Levantamento de necessidade de EPIs para profissionais da AB/APS Distribuição de equipamentos de EPI para as UBS Capacitação dos profissionais de saúde para uso dos EPIs Capacitação dos profissionais de saúde sobre a Covid-19 Definição de UBS específicas para o atendimento da Covid-19 no município Atividades de vigilância sanitária em instituições de longa permanência para idosos.
14. O município teve dificuldades para a compra de EPI? Sim Não ou Não sabe / Se sim: Sim, alguma dificuldade Sim, muita dificuldade
15. Os profissionais da AB/APS pertencentes aos grupos de risco foram afastados da linha de frente da assistência presencial? Sim Não
16. Algum profissional da APS/ESF ficou doente ou foi afastado por suspeita ou caso confirmado de Covid-19? Sim Não
17. Que insumos existem nas ESFs?

Insumo	Em nenhuma	Em algumas	Na maioria das ESFs
Oxímetro			
Oxigênio			
Medicamentos para síndrome gripal			
Termômetro infravermelho			
Testes rápidos (IgG/IgM) para Covid-19 para população			
Testes rápidos (IgG/IgM) para Covid-19 para profissionais de saúde			
Acesso a Teste RT-			

PCR para Covid-19			
-------------------	--	--	--

18. Houve disponibilização de teste para covid-19? Qual ? .

19. Foi disponibilizado teste rápido? () sim () não. Se sim , o

O teste rápido disponibilizado teve sua qualidade validada pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS)/Fiocruz? () Sim () Não () Não sei () Não foi disponibilizado teste rápido

20. Como se deu a relação com as demais esferas do governo, estadual e federal? Houve autonomia para as intervenções locais considerando as peculiaridades da região e município?

21. Como se estabeleceu o planejamento das ações de enfrentamento à pandemia? Essas ações são monitoradas? Se sim, de que maneira?

Bloco 3: Organização do trabalho na ESF para enfrentamento da epidemia

22. Quais ações são desenvolvidas pela ESF para o enfrentamento da Covid-19 no município?

23. As ESFs são informadas sobre casos suspeitos/ confirmados de Covid-19 de residentes em seu território, diagnosticados por outros serviços de saúde? () Não () Sim, algumas vezes () Sim, na maioria das vezes. Quem informa?

24. Existe acompanhamento, pelas ESFs, dos pacientes diagnosticados com Covid-19 que estão em quarentena? () Sim () Não

25. Como é feito o acompanhamento de casos pela ESF?

() Telefonemas () Whatsapp; () Teleconsultas; () Visitas domiciliares; () Visitas peridomiciliares; () Não é feito o acompanhamento

26. Há busca ativa de contatos de casos suspeitos/ confirmados de Covid-19? () Sim () Não

27. Os ACS estão realizando atividades:

() Prioritariamente na ESF () Prioritariamente no território () As atividades dos/as ACS foram suspensas () Não existem ACS na ESF

Se os ACS não estiverem realizando atividades, porquê?

28. A ESF realiza a identificação dos usuários e famílias mais vulneráveis, especialmente quanto à insegurança alimentar e nutricional? Se sim, existe planejamento e apoio às famílias em situação de vulnerabilidade incluindo ações intersetoriais como educação e ação social?

29. Que ações de comunicação e educação em saúde, são realizadas pelas equipes para os usuários? () Mídias sociais () Cartazes () Panfletos () Salas de espera () Mensagens em whatsapp () Outros () Não são realizadas

30. Existe integração da vigilância sanitária do município com as UBS para o enfrentamento da Covid-19?

31. Como está sendo realizada a vigilância epidemiológica do COVID no município?

Bloco 4: Organização do trabalho na ESF para a continuidade do cuidado dos usuários

32. Em razão da pandemia, você diria que as atividades usuais/de rotina da AB foram:

() Reduzidas, com foco em alguns grupos () Mantidas, com estratégias adaptadas em função da Covid-19 () Suspensas () Mantidas

33. Quais destas atividades de ESF no município foram suspensas, mantidas ou adaptadas em função da epidemia de Covid-19?

	Suspensa	Mantida	Adaptada	Não era realizada
Visita domiciliar pelo ACS				
Agendamento de consultas para grupos prioritários				
Atendimento à demanda espontânea				
Atendimento a usuários hipertensos e diabéticos				
Pré-natal				
Consulta médica				
Consulta de enfermagem				
Consulta odontológica				
Consultas de puericultura				
Vacinação				
Grupos de promoção de saúde				

34. Em relação ao cuidado e acompanhamento de grupos prioritários, a ESF realiza:

- () Acompanhamento por chamada telefônica () Acompanhamento por consulta on line
 () Acompanhamento por WhatsApp - mensagem de texto () Acompanhamento por WhatsApp – vídeo () Envio de receita ao usuário pela internet/foto () Solicitação de exame pela internet/foto
 () Entrega de medicamentos no domicílio do usuário () O prazo de dispensação das receitas foi ampliado
35. A ESF realiza o acompanhamento das condicionalidades de saúde de programas como o Bolsa Família? () Sim () Não

Bloco 5: Rede de atenção à saúde na assistência ao paciente com quadro moderado

36. Qual é o fluxo de atendimento dos usuários com quadros clínicos moderados ou graves de Covid-19 atendidos pelas UBS?
- () São encaminhados para hospital () Aciona o SAMU () São encaminhados para UPA () Central de regulação de leitos () Não há fluxo definido
37. Quem realiza o transporte dos pacientes com quadros clínicos moderados ou graves de Covid-19? () SAMU () Secretaria Municipal de Saúde () Família do paciente () Outro
38. No seu MUNICÍPIO, qual a disponibilidade desses serviços/profissionais para garantir a assistência aos usuários com quadro clínico grave de Covid-19?

	Inexistente	Insuficiente	Suficiente
Serviços de emergência e pronto atendimento			
Leitos de internação			
Leitos de UTI			
Tomografia			
Transporte sanitário			
SAMU			
Profissionais capacitados em lidar com pacientes graves			

Existem quantos leitos de internação e de UTI específicos para covid?

39. Na sua REGIÃO DE SAÚDE, qual a disponibilidade desses serviços/profissionais para garantir a assistência aos usuários com quadro clínico grave de Covid-19?

	Inexistente	Insuficiente	Suficiente
Serviços de emergência e pronto atendimento			
Leitos de internação			
Leitos de UTI			
Tomografia			
Transporte sanitário			
SAMU			
Profissionais capacitados em lidar com pacientes graves			

40. Qual a principal dificuldade no atual contexto de enfrentamento da Covid-19?

41. A respeito da vacinação contra a Covid-19: Tem havido falta de vacinas? O protocolo tem seguido às orientações do PNI?

42. Quais as expectativas, reflexões, recomendações e/ou planejamentos da equipe para o pós pandemia?

43. Que sugestões teria para a melhoria das ações de enfrentamento da Covid-19?

44. Você gostaria de contar mais alguma coisa para a pesquisa? Alguma experiência que você gostaria de compartilhar?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF E ACE

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Avaliação da integração das ações de vigilância da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis”, desenvolvida por **Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues**, discente de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^ª Dra. **Marly Marques da Cruz** e coorientação da Prof^ª Dra. **Angela de Oliveira Casanova**.

O objetivo central do estudo é Avaliar se as ações de vigilância da Covid-19 estão integradas com a Atenção Primária à Saúde na perspectiva das Equipes de Saúde da Família no Município de Angra dos Reis.

O convite a sua participação se deve ao cargo profissional que ocupa na Estratégia de Saúde da Família do município de Angra dos Reis, Rio de Janeiro.

Sua participação é de caráter voluntário, com plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou sanção. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e às informações obtidas, com relação à divulgação dos dados. Porém, não é preciso responder a qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou se sentir desconforto em falar. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente cinquenta minutos.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas por cinco anos, em arquivos digitais, com acesso restrito, sob a responsabilidade da pesquisadora e de sua orientadora.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a pesquisa, através dos meios de contato explicitados ao final deste Termo.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de gerar subsídios para melhoria ações de vigilância em saúde no âmbito da atenção primária à saúde por meio da redefinição de políticas institucionais de saúde e de uma implementação mais adequada destas e ampliar a participação democrática dos profissionais. Os riscos que a pesquisa apresenta são a quebra do segredo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento em responder alguma pergunta. Entretanto, a pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação dos dados coletados.

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados aos participantes por meio de relatório podendo ser apresentado e/ou entregue na Unidade de Saúde.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas”.

Tel e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com a pesquisadora responsável Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues, Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Tel: (24) 99815-2533.

e-mail: silviaisa.enf2002@gmail.com

Angra dos Reis-RJ, ____/____/____

Nome e Assinatura do Pesquisador (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Avaliação da integração das ações de vigilância da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista.

Não autorizo a gravação da entrevista.

Nome e Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

GESTOR, GERENTES E COORDENADORES

Prezado participante,

“Avaliação da integração das ações de vigilância da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis”, desenvolvida por **Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues**, discente de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^ª Dra. **Marly Marques da Cruz** e coorientação da Prof^ª Dra. **Angela de Oliveira Casanova**.

O objetivo central do estudo é Avaliar se as ações de vigilância da Covid-19 estão integradas com a Atenção Primária à Saúde na perspectiva das Equipes de Saúde da Família no Município de Angra dos Reis.

O convite a sua participação se deve a sua inserção profissional no âmbito da gestão da secretaria municipal de saúde.

Sua participação é de caráter voluntário, com plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou sanção. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e às informações obtidas, com relação à divulgação dos dados. Porém, não é preciso responder a qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou se sentir desconforto em falar. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do

entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente cinquenta minutos.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas por cinco anos, em arquivos digitais, com acesso restrito, sob a responsabilidade da pesquisadora e de sua orientadora.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a pesquisa, através dos meios de contato explicitados ao final deste Termo.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é com vistas ao aprimoramento de estratégias de parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ, e a Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, passo importante para melhoria ações de vigilância em saúde no âmbito da atenção primária à saúde por meio da redefinição de políticas institucionais de saúde e de uma implementação mais adequada destas. O risco que a pesquisa apresenta são a quebra do segredo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento em responder alguma pergunta. Entretanto, a pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação dos dados coletados.

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados aos participantes por meio de relatórios individuais entregues e/ou apresentados aos entrevistados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas”.

Tel e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com a pesquisadora responsável Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues, Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Tel: (24) 99815-2533

e-mail: silviaisa.enf2002@gmail.com

Angra dos Reis-RJ, ____/____/____

Nome e Assinatura do Pesquisador (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Avaliação da integração das ações de vigilância da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis**” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista.

Não autorizo a gravação da entrevista.

Nome e Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE F - Termo de Compromisso de Utilização de Dados



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues, mestranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da Prof^a Dra. Marly Marques da Cruz e coorientação da Prof^a. Dra Angela de Oliveira Casanova abaixo assinado(s), pesquisador(es) envolvido(s) no projeto de título: **“Avaliação da integração das ações de vigilância da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis”** onde nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito a ações de vigilância em saúde à Covid-19 realizadas entre as datas de: Março de 2020 à Março de 2022.

Angra dos Reis, dede 2021

Nome	Doc. Identificação	Assinatura
Silvia Isabel P.R.Rodrigues		
Marly Marques da Cruz		
Angela Oliveira Casanova		

OBS: SERÁ VEDADO O ACESSO AOS DOCUMENTOS A PESSOAS CUJO NOME E ASSINATURA NÃO CONSTAREM NESTE DOCUMENTO.

APÊNDICE G – Roteiro de Análise Documental**ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL**

DOCUMENTO: _____

FONTE DE DADOS:

1. Tipo (relatório; portaria; decreto; planos de contingência; boletim epidemiológico; curso de atualização, capacitação, reuniões):

2. Título: _____

CONTEÚDO:

3. Profissionais envolvidos: _____

4. Recursos disponíveis: _____

5. Ações de Vigilância à Covid-19 planejadas e vinculadas à APS e período de planejamento: _____

6. Objetivos esperados das ações de VS pela APS: _____

7. Ações de VS implementadas:

8. Possíveis resultados obtidos: _____

Apêndice 1 – Termo de Anuência Institucional (TAI)**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Declaro estar de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação da integração das ações de vigilância da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis**”, sob responsabilidade da pesquisadora Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues, mestranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da Prof^a Dra. Marly Marques da Cruz. Assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo do apoio e infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta instituição está ciente de sua coparticipação no presente projeto de pesquisa.

Angra dos Reis, 16 de Junho de 2021.

Assinatura e carimbo do responsável institucional


Pesquisador responsável
(Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues)


Glaucio Fonseca de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde
Município de Angra dos Reis

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO / USO DE DADOS

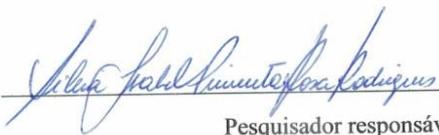
Mediante ciência da coparticipação da Secretaria Municipal de Angra dos Reis na pesquisa intitulada: **“Avaliação da integração das ações de vigilância da Covid-19 na atenção primária à saúde: uma perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis”**, sob responsabilidade da pesquisadora Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues, mestranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da Profª Dra Marly Marques da Cruz e Coorientação da Profª Dra Angela Oliveira Casanova. Assim como de seu compromisso no resguardo da confidencialidade dos dados, conforme Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

Diante do exposto, autorizo o acesso a dados restritos que estejam relacionados às ações de vigilância em saúde à Covid-19 realizadas entre as datas de: Março de 2020 à Março de 2022 e pertencentes à Secretaria Municipal de Angra dos Reis, exclusivamente para a pesquisa ora apresentada.

Angra dos Reis, 23 de Agosto de 2021.


 Glauco Fonseca de Oliveira
 Secretário Municipal de Saúde
 Prefeitura Municipal de Angra dos Reis

Assinatura e carimbo do responsável institucional / detentor do banco


 Pesquisador responsável
 (Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues)

TERMO DE ANUÊNCIA PARA ACESSO A CONTATOS DOS PARTICIPANTES

Diante da coparticipação da Secretaria Municipal de Angra dos Reis na pesquisa intitulada: “**Avaliação da integração das ações de vigilância da Covid-19 na atenção primária à saúde: uma perspectiva das Equipes de Saúde da Família do Município de Angra dos Reis**”, sob responsabilidade da pesquisadora Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues, mestranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da Profª Dra Marly Marques da Cruz e Coorientação da Profª Dra Angela Oliveira Casanova. Assim como de seu compromisso no resguardo da confidencialidade dos contatos fornecidos.

Autorizo o acesso aos contatos de telefone e/ou email dos potenciais participantes da pesquisa como gerentes e coordenadores da secretaria municipal de saúde, responsáveis por vigilância em saúde, atenção primária à saúde no ano de 2020 início da pandemia e portanto início das ações de intervenção para enfrentamento da Covid-19. E dos profissionais das equipes de saúde da família, pelo menos uma equipe por distrito sanitário e agentes de controle de endemias que estejam relacionados às ações de vigilância em saúde à Covid-19 e vinculados à Secretaria Municipal de Angra dos Reis, exclusivamente para a pesquisa ora apresentada.

Angra dos Reis, 23 de Agosto de 2021.


Glaucio Fonseca de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Angra dos Reis

Assinatura e carimbo do responsável institucional / detentor do banco



Pesquisador responsável

(Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues)