



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO DE MEDICINA**

**MARIA CAROLINA SANTOS DE MORAES**

**PERFIL DOS MÉDICOS E PRÁTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO  
CONTEXTO DA COVID-19 EM SALVADOR/BA**

**Salvador**

**2022**

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**MARIA CAROLINA SANTOS DE MORAES**

**PERFIL DOS MÉDICOS E PRÁTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NO CONTEXTO DA COVID-19 EM SALVADOR/BA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina.

**Orientador:** Prof. Thiago Santos de Souza

**Salvador –BA**

**2022**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha mãe, Márcia, pelo carinho, incentivo e pelas consultorias, que mesmo à distância, foram fundamentais para a realização deste trabalho; e ao meu orientador Prof. Thiago, por aceitar trabalhar em um estudo (quantitativo) um pouco fora da sua zona de conforto, se dedicar a tirar minhas dúvidas constantes, ter apoiado tanto a divulgação do questionário e comemorado comigo cada etapa finalizada.

## RESUMO

**Introdução:** No ano de 2020 a atenção à saúde em todos os níveis sofreu o impacto da pandemia de covid-19 e a Atenção Primária, porta de entrada da Rede de atenção à Saúde, não foi exceção. Para melhor compreender a reorganização desse setor no município de Salvador, é importante descrever o perfil dos médicos das equipes da Atenção Primária e as ações realizadas por eles no contexto da pandemia. **Objetivo:** Descrever o perfil e as práticas de saúde dos médicos da Atenção Primária no contexto da pandemia de covid-19 no município de Salvador/BA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, por meio de levantamento de dados a partir de um questionário estruturado online autoaplicável dirigido aos médicos da Atenção Primária desse município. Para análise dos dados quantitativos foi utilizada estatística descritiva simples e a análise de conteúdo por categorias temáticas para as questões subjetivas. **Resultados:** Com um total de 43 questionários respondidos, foram descritos aspectos referentes: ao perfil, formação e atuação dos médicos; às mudanças estruturais ocorridas e adoção de novas ferramentas de trabalho; à manutenção dos cuidados primários de rotina; às ações em vigilância em saúde; ao suporte social a grupos vulneráveis e à atuação clínica com pacientes com covid-19. **Conclusão:** Com uma maioria de médicas jovens, recém-formadas e com um período curto de atuação nas equipes onde estavam inseridas, observou-se um pequeno envolvimento em vigilância e suporte a grupos vulneráveis, e um abrangente uso de telemedicina e reestruturação do funcionamento das unidades. Contudo, alguns cuidados primários, como acompanhamento de doenças crônicas e puericultura, resultaram em limitações no acesso e, conseqüentemente, uma menor atenção ao cuidado longitudinal.

**Palavras-chave:** Atenção Primária. Medicina de Família e Comunidade. Estratégia Saúde da Família. Covid-19.

## ABSTRACT

**Introduction:** In 2020, all levels of health care suffered the impact of covid-19's Pandemic, and Primary Care, the main gateway to access public health in Brazil, was no exception. To understand the rearrangements made in this sector in the context of Salvador/BA, it is important to describe the profile of primary care physicians and their activities in face of this sanitary crisis, considering that few studies have explored their role in primary care response to covid. Thus, the making of this research is justified through the need for better understanding on the changes occurred in Primary Care teams, in this case, on the city of Salvador, Bahia. **Objective:** Describe profile and health practices of Primary Care doctors in the context of the pandemic. **Methods:** This descriptive, cross-sectional study used a structured, self-administered online questionnaire to collect data from primary care physicians in Salvador/BA. For data analysis, simple descriptive statistics and quantitative content analysis were used. **Results:** With 43 participants, the following aspects were described: profile, structural and practical rearrangements, actions in public health surveillance, maintenance of primary care activities, vulnerable group's social support and clinical assessment of covid cases. **Conclusion:** With a sample of mostly young, recently graduated female doctors who were recently (> 5 years) instated in their primary care teams, it was observed a small involvement of physicians in public health surveillance and social support of vulnerable groups, with a large use of remote assessment technologies and a high incidence of rearrangements in clinic's structure and functioning. Furthermore, the need to accommodate covid patients significantly jeopardized some long-term primary care typical activities, such as chronic illnesses surveillance and childcare.

**Keywords:** Primary Care. Family Medicine. Family Health Strategy. Covid-19.

## **Lista de Ilustrações:**

**Figura 1** – Quadro ilustrativo apresentando os eixos de sistematização da atuação da Atenção primária durante a pandemia de covid-19.....pág.14

## Lista de Tabelas:

- Tabela 1:** Perfil socioprofissional dos médicos da APS do município de Salvador, Bahia. Brasil. 2022.....pag. 19
- Tabela 2:** Aspectos relacionadas ao processo de trabalho médico na APS durante a pandemia de covid-19 em Salvador, Bahia. Brasil. 2022.....pág. 20
- Tabela 3:** Impacto da pandemia de covid-19 no acesso aos cuidados primários segundo os médicos da APS do município de Salvador, Bahia. Brasil. 2022.....pág. 21
- Tabela 4:** Atuação em Vigilância em Saúde pelos médicos da APS no contexto de pandemia de covid-19 em Salvador. Bahia. Brasil. 2022.....pág. 22
- Tabela 5:** Impacto da pandemia de covid-19 no suporte social a grupos vulneráveis segundo os médicos da APS do município de Salvador, Bahia. Brasil. 2022.....pág. 23
- Tabela 6:** Formas de atuação em casos de covid-19 pelos médicos da APS no município de Salvador. Bahia. Brasil. 2022.....pág. 24

## SUMÁRIO:

<b>1.</b>	<b>Introdução</b> .....	8
<b>2.</b>	<b>Objetivos</b> .....	10
2.1	Objetivo Geral: .....	10
2.2	Objetivos Específicos: .....	10
<b>3.</b>	<b>Revisão de Literatura</b> .....	11
3.1	Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família: .....	11
3.2	Medicina de Família e Comunidade:.....	11
3.3	Pandemia pela covid-19: .....	12
3.4	APS no enfrentamento da covid-19 .....	13
<b>4.</b>	<b>Metodologia</b> .....	16
4.1	Desenho do estudo: .....	16
4.4	Instrumentos de coleta de dados:.....	16
4.5	Análise de dados:.....	17
4.6	Análise das questões abertas .....	18
<b>5.</b>	<b>Resultados</b> .....	19
5.1	Perfil sociodemográfico e profissional dos médicos da APS.....	19
5.2	Processo de trabalho na APS na pandemia de covid-19 .....	21
5.3	Impacto da pandemia de covid-19 no acesso aos cuidados primários .....	22
5.4	Atuação em Vigilância em Saúde.....	23
5.5	Impacto da pandemia de covid-19 no suporte social a grupos vulneráveis .....	24
5.6	Formas de atuação em casos de covid-19 .....	24
5.7	Percepção dos profissionais sobre sua atuação na pandemia.....	25
<b>6.</b>	<b>Discussão</b> .....	27
<b>7.</b>	<b>Conclusão</b> .....	37
	<b>Referências:</b> .....	39
	<b>Apêndice: TCLE e Questionário</b> .....	48

## 1. Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem possibilitado ampliar a cobertura assistencial na Atenção Primária à Saúde (APS), capilarizar serviços nos municípios e melhorar o nível de saúde da população<sup>1</sup>. Apesar de muitos avanços, persistem desafios, principalmente relacionados à precária gestão de pessoas<sup>2</sup>. Nesse sentido, a capacitação dos profissionais das equipes ainda representa um problema substancial para a qualificação da oferta do cuidado, especialmente na Medicina<sup>3</sup>.

A atuação do/a médico/a na APS é ancorada pela Medicina de Família e Comunidade (MFC), especialidade médica que existe no Brasil desde 1976 e é reconhecida como estratégica para o desenvolvimento e estruturação de Sistemas Nacionais de Saúde<sup>4</sup>. A MFC destaca-se internacionalmente por ter princípios e ferramentas próprias, que tornam o médico especialmente capacitado para a atuação na APS<sup>5-7</sup>. Não obstante, apesar da ampliação do número de vagas de residência e criação de cursos de curta duração visando preparar os médicos para atuação na Estratégia<sup>8-10</sup>, a procura pela especialidade ainda é pequena, considerando a baixa taxa de ocupação das vagas ofertadas, que tem ficado próxima de 30% nos últimos anos<sup>11</sup>.

Globalmente, o ano de 2020 foi marcado pela pandemia da covid-19. A atenção primária e, conseqüentemente, a atuação do médico na ESF sofreram adequações<sup>12-14</sup>. Para além da transmissão do vírus, a crise sanitária também evidenciou e reforçou problemas associados a desigualdade social, pobreza extrema, desemprego e racismo estrutural<sup>15,16</sup>, presentes no país desde seu período colonial. O avanço da doença em todo o mundo e suas novas variantes tem prolongado essa crise social e sanitária por mais dois anos. Nesse contexto, observa-se a importância do papel da ESF<sup>17</sup> e de se conhecer as práticas das equipes no cuidado à população definida durante esse período, caracterizando tanto as ações de prevenção e tratamento da covid-19 na APS quanto a manutenção dos cuidados para além da pandemia à população adscrita<sup>18,19</sup>.

Medina e colaboradores<sup>20</sup> sistematizaram a atuação da APS no contexto de pandemia da covid-19 em 4 eixos, a partir da análise das ações realizadas não só no Brasil mas também em outras regiões do mundo. Os eixos foram (i) Vigilância em Saúde nos territórios; (ii)

Atenção aos usuários com covid-19; (iii) Suporte social a grupos vulneráveis e (iv) continuidade das ações próprias da APS. Aquino e colaboradores<sup>21</sup> acrescentam a esses o eixo Transversal, de fortalecimento do modelo de APS, considerando elementos como a readequação do espaço físico das unidades, reorganização do processo de trabalho – implementando e ampliando o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) nas atividades da Equipe, entre outras ações. Nesse contexto, no Brasil, produziu-se diversos relatos de experiência, que refletem algumas das ações de reorganização realizadas, mas com um caráter bastante heterogêneo<sup>22-25</sup>, uma vez que ações realizadas localmente por uma unidade de saúde ou cidade não foram, em sua maioria, institucionalizadas.

Apesar da gama de relatos de experiência, identifica-se, no meio científico atual, uma escassez de estudos transversais nessa temática. Além disso, essas publicações retratam principalmente a experiência de outros profissionais da equipe de Saúde da família, como os profissionais da enfermagem<sup>24</sup> e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>12</sup>, sendo observados poucos estudos sobre a atuação do profissional de Medicina. Sabendo-se o papel determinante do médico no diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes para outros pontos da Rede de Atenção em Saúde (RAS)<sup>26</sup> justifica-se se a realização dessa pesquisa no sentido de contribuir para o conhecimento das modificações ocorridas na atuação dos médicos das equipes da Atenção Primária sob o contexto do município de Salvador/BA.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Descrever o perfil e as práticas de saúde dos médicos da Atenção Primária do município de Salvador/BA, no contexto da pandemia de covid-19.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

2.2.1 Caracterizar o perfil socioprofissional dos médicos da APS do município de Salvador/BA.

2.2.2 Descrever a assistência a casos leves de covid-19 pelos médicos da APS do município de Salvador/BA.

2.2.3 Descrever a frequência de atividades de suporte social a grupos com maior vulnerabilidade e a participação dos médicos nessas ações no contexto da pandemia de covid-19.

2.2.4 Identificar e descrever a continuidade das atividades rotineiras dos médicos da APS no contexto da pandemia de covid-19.

### **3. Revisão de Literatura**

#### **3.1 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família:**

A criação do Programa de Saúde da Família em 1994 e sua posterior conversão na Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 permitiu o fortalecimento dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde)<sup>27</sup>. Essa política descreve a ação da APS como “o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde(...)”<sup>28</sup>. A importância da PNAB para a melhoria da qualidade da saúde da população brasileira é evidente através dos impactos positivos na redução da mortalidade materna e infantil, internações por condições sensíveis a APS, e aumento do número de visitas domiciliares, acesso a consulta médica e odontológica, entre outros <sup>1,29-31</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um modelo conceitual para avaliar sistemas de saúde em diversos indicadores, incluindo proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no sistema, impacto na saúde e equidade, <sup>32</sup>. Macinko e Mendonça<sup>33</sup>, utilizaram esse referencial e concluíram que a ESF contribuiu para a melhora em todos os indicadores desse modelo. Percebe-se, nesse cenário, que não apenas o SUS, mas também a ESF é reconhecida internacionalmente<sup>34</sup>.

Apesar de todos os marcos positivos e mudança estrutural construtiva que a ESF tem trazido para a atenção básica brasileira, ainda há desafios, tais como o subfinanciamento, frágil articulação com os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e principalmente, falta de recursos materiais e humanos <sup>2,35</sup>. A capacitação dos profissionais das equipes ainda representa um problema substancial para a qualificação da oferta do cuidado, especialmente na Medicina<sup>3</sup>.

#### **3.2 Medicina de Família e Comunidade:**

A Medicina de Família e Comunidade (MFC), previamente nomeada de Medicina Geral Comunitária, existe no Brasil desde 1976 e foi reconhecida pelo Conselho Federal de

Medicina em 1986 - ainda com o nome antigo, que se manteve até 2001<sup>36</sup>. Apesar disso, foi com o Programa Saúde da Família que a especialidade começou a ganhar maior destaque, uma vez que é, a especialidade médica especialmente preparada para a atuação na APS e vista internacionalmente como estratégica para o desenvolvimento e estruturação de Sistemas Nacionais de Saúde<sup>4</sup>.

Com o rápido crescimento do programa, houve uma resposta de universidades e serviços ligados às secretarias de saúde, criando e credenciando centenas de bolsas de residência em MFC pelo Brasil<sup>10</sup>. Simultaneamente, foram criados programas de especialização e cursos de curta duração na intenção de preparar profissionais para a atuação nas Equipes de Saúde da Família<sup>9</sup>. Neste cenário, a residência em MFC tem avançado em diversos aspectos, com uma busca pela homogeneização da qualidade dos cursos através da publicação do Currículo Baseado em Competências pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)<sup>37</sup> e da Matriz Curricular para os cursos de residência em MFC, do Ministério da Educação<sup>38</sup>. Apesar disso, ainda há desafios, como a baixa taxa de ocupação das vagas ofertadas, que tem ficado próxima de 30% nos últimos anos<sup>11</sup>.

### **3.3 Pandemia pela covid-19:**

Globalmente, o ano de 2020 foi marcado pela pandemia da covid-19. O SARS-Cov-2, vírus causador da infecção nomeada de covid-19, surgiu na China, em Wuhan<sup>39</sup>. A origem desse vírus não é completamente elucidada, mas a teoria mais aceita é de que seja uma mutação que ocorreu pelo contato entre alguns animais silvestres em um dos mercados de carne de Wuhan<sup>40</sup>. Em 12 de março de 2020, a OMS anunciou a covid-19 como uma pandemia, na época com cerca de 20 mil casos confirmados e quase mil mortes pelo vírus no continente europeu<sup>41</sup>.

No contexto brasileiro, houve uma busca pelo aumento na oferta de vagas em leitos de terapia intensiva, apesar de esse aumento não ter ocorrido de forma homogênea entre as regiões do país e os setores público e privado<sup>42</sup>. Para além do cuidado intensivo, tendo em vista o papel comunitário da transmissão e alta porcentagem de infectados que apresentam quadro leve<sup>43</sup>, a atenção primária e, conseqüentemente, a atuação do médico

na ESF também sofreram adequações<sup>12-14</sup>, Diante do avanço da doença em todo o mundo, com destaque para as novas variantes, houve prolongamento da crise social e sanitária afetando grupos populacionais e países de formas distintas. Nesse contexto, observa-se a importância do papel da ESF<sup>17</sup>, tanto em ações de prevenção e tratamento da covid-19 na APS quanto a manutenção dos cuidados para além da pandemia à população adscrita<sup>18,19</sup>.

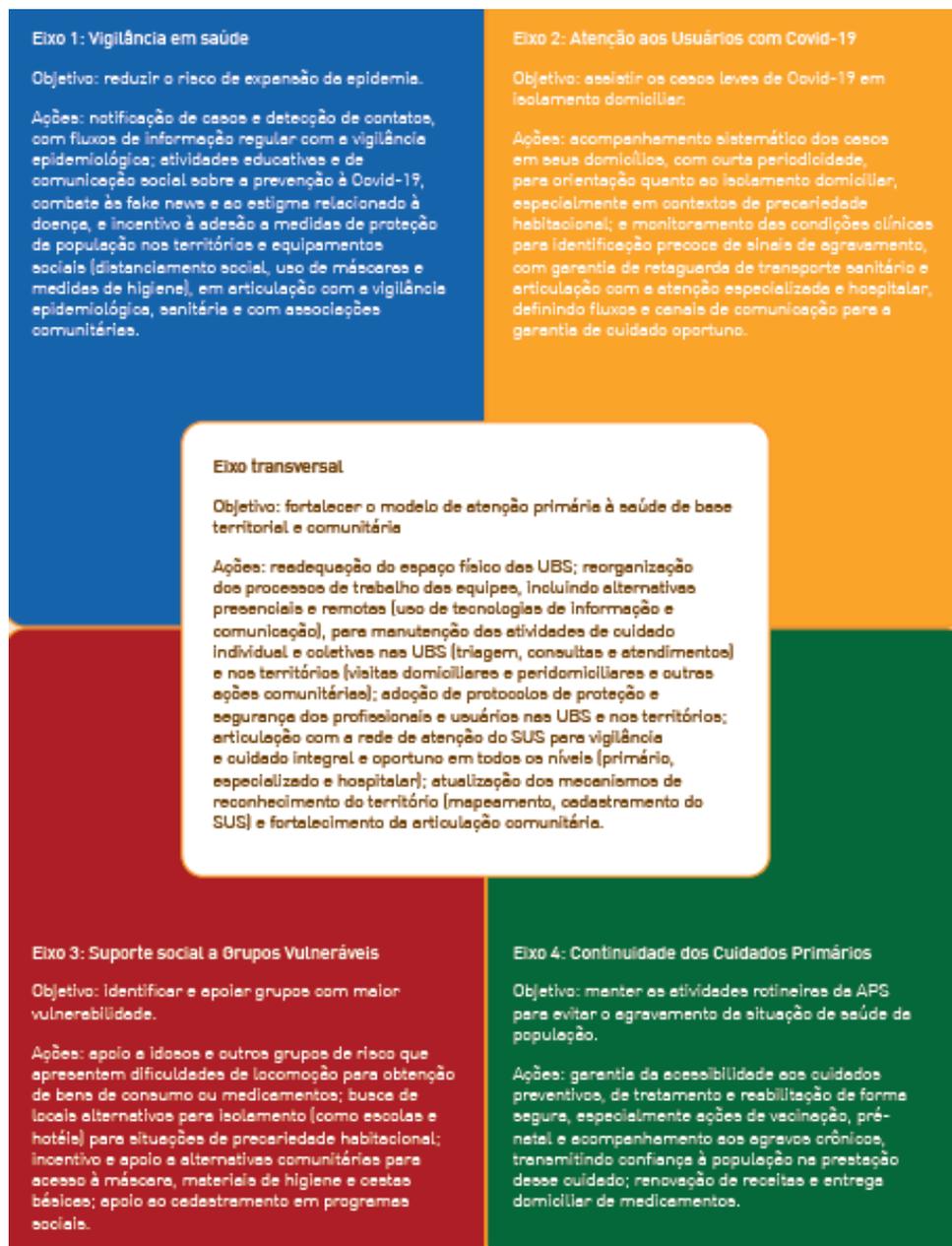
### **3.4 APS no enfrentamento da covid-19**

Em países com um sistema de saúde organizado, a APS é a base de resposta a emergências sanitárias, sendo a porta preferencial de entrada aos serviços de saúde<sup>44</sup>. A integração da APS com a Vigilância em Saúde já é discutida no Brasil para ações de planejamento de intervenções clínicas e sanitária, de modo a aumentar a efetividade e eficácia de tais estratégias<sup>45</sup>.

Aquino e colaboradores<sup>21</sup> descrevem que, no início da pandemia de covid-19, uma estratégia com ênfase na atenção hospitalar e fechamento dos serviços de APS – como foi realizado Espanha e Itália – trouxe como resultados um descontrole da curva epidêmica e grande exaustão dos profissionais de saúde. Uma revisão dessa estratégia foi necessária, e o papel da APS na contenção da pandemia foi se tornando cada vez mais evidente<sup>46-50</sup>.

Nessa perspectiva, Medina e colaboradores<sup>20</sup> propuseram uma sistematização da atuação da APS no Brasil fosse pautada em 4 eixos, sendo esses (i) Vigilância em Saúde nos territórios (ii) Atenção aos usuários com covid-19; (iii) Suporte social a grupos vulneráveis e (iv) continuidade das ações próprias da APS. Aquino<sup>21</sup> acrescenta a esses o eixo Transversal, de fortalecimento do modelo de APS, considerando elementos como a readequação do espaço físico das unidades, reorganização do processo de trabalho, uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) nas atividades da Equipe, entre outras ações. Um quadro ilustrativo sobre os eixos pode ser visto na Figura 1.

Figura 1 – Quadro ilustrativo apresentando os eixos de sistematização da atuação da Atenção primária durante a pandemia de covid-19.



Extraído de: Aquino R, Medina MG, Castro DN De, Pinto EP. Experiências e legado da atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19: como seguir em frente? In: Construção do conhecimento no curso da pandemia da covid 19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais Volume 2. Salvador: EDUFBA; 2020. p. 1–47.

É interessante observar que a capacitação dos profissionais, disponibilização e orientação acerca do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) foram passos iniciais da reorganização da APS em muitos países<sup>47,51–53</sup>. O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação para realização de teleconsultas, telemonitoramento ou teletendimento foi

uma das principais mudanças no processo de trabalho na APS, visando conter a disseminação do vírus<sup>54</sup>.

Por outro lado, em países mais pobres e/ou com maiores índices de desigualdade social, a pandemia evidenciou problemas preexistentes, tanto em termos sociais, como o racismo e desigualdade social<sup>42,55</sup> quanto aqueles associados a estrutura das UBS e USFs. Na Índia, um estudo identificou problemas estruturais que foram prejudiciais ao enfrentamento da pandemia, como limitação no espaço físico, ventilação inadequada e indisponibilidade de meio adequado para higiene das mãos<sup>56</sup>.

Percebe-se, dessa forma, que a APS tem por natureza um papel importante nas ações de prevenção, promoção e assistência a condições crônicas de saúde<sup>28</sup>. No contexto do grande aumento da demanda de assistência aos pacientes com covid-19, a redução na oferta de tais ações e adiamento da busca por atendimento pelos usuários pelas medidas de distanciamento social trouxeram impactos negativos na condição de saúde da população como um todo<sup>18,57,58</sup>, sendo fundamental a observação e descrição desse fenômeno em busca de medidas que diminuam os impactos de crises sanitárias como a pandemia na vida e saúde da população.

## **4. Metodologia**

### **4.1 Desenho do estudo:**

Estudo descritivo, de corte transversal por meio de levantamento de dados a partir de um questionário estruturado, elaborado pelos autores da pesquisa.

### **4.2 Local do Estudo:**

O município de Salvador, capital do Estado da Bahia, conta com uma população de aproximadamente 2,8 milhões de habitantes distribuídos em 693.8 km<sup>2</sup> de área<sup>59</sup>. O cenário da pesquisa foram as unidades de saúde que compõem a Atenção Primária do município. Atualmente, Salvador dispõe de 335 equipes de Saúde da Família e 91 Equipes de Atenção Básica tradicional, totalizando 426 equipes e uma cobertura populacional de aproximadamente 56%<sup>60</sup>.

### **4.3 População do estudo:**

Foram convidados para participar do estudo os médicos atuantes na Atenção Primária (Equipes Saúde da Família, Equipes Básicas de Saúde), além de médicos residentes das Residências de Medicina de Família e Comunidade, todos do município de Salvador. Segundo informações da secretaria de saúde, entre médicos do Programa Mais Médicos, médicos efetivos e contratados, o município conta com cerca de 300 profissionais.

Foram incluídos no estudo os médicos que atuavam há 6 meses ou mais na Atenção Primária vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador/BA. Aqueles que se encontravam de férias e/ou afastados da unidade, por qualquer motivo, foram excluídos.

### **4.4 Instrumentos de coleta de dados:**

A pesquisa se deu por meio de questionário estruturado elaborado pelos autores, intitulado “Práticas de saúde dos médicos da atenção primária no contexto de pandemia da covid-19”, utilizando variáveis quantitativas e qualitativas. (APÊNDICE).

A primeira parte do questionário foi constituída de perguntas de caráter sociodemográfico-profissional. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, tempo de

formação, natureza da instituição de formação, ocupação atual, especialidade/residência médica, atuação prévia na APS, tempo de inserção na Equipe atual e carga horária de trabalho na unidade.

Para as questões sobre os eixos da reorganização da atenção primária, foram elaboradas questões orientadas segundo os 5 eixos descritos por Aquino e colaboradores, a saber: (i) Vigilância em Saúde nos territórios; (ii) Atenção aos usuários com covid-19; (iii) Suporte social a grupos vulneráveis e (iv) continuidade das ações próprias da APS<sup>21</sup>. Ao final, o questionário foi composto por 45 questões sendo 43 objetivas e 2 abertas. O instrumento foi disponibilizado pela plataforma de formulários da Microsoft Office e enviado através do correio eletrônico e contato *WhatsApp* dos participantes.

A secretaria municipal de saúde, por intermédio da coordenação da APS de Salvador, intermediou o envio do convite para participação assim como o link com o formulário por e-mail e os convites por meio do aplicativo de mensagens *WhatsApp* foram distribuídos pelos próprios pesquisadores.

Em cumprimento às determinações éticas para pesquisa com seres humanos, Resolução CNS nº 466 de 2012, os participantes receberam, junto com o questionário, o convite para participação e o TCLE. Após a leitura do TCLE, caso optasse por participar, a página seguinte se abriria com o questionário. A pesquisa foi aprovada pelo CEP sob o parecer 4.779.074. Todos os participantes assinaram o TCLE.

#### **4.5 Análise de dados:**

Para as questões fechadas os dados coletados foram tabulados em planilha Excel®, codificados, agrupados e analisados por meio da estatística descritiva simples utilizando frequências. Para as questões que solicitavam uma avaliação graduada por nota (0-10), classificou-se como pontuações entre 0 e 4 como ruim, pontuações entre 5 e 7 como regular e pontuações entre 8 e 10 como bom/ótimo.

Variáveis qualitativas expressas em anos e/ou datas foram organizadas de forma quantitativa ordinal para análise: o critério idade foi organizado em faixas etárias (25 a < 30; 30 a < 40; > 40). O critério tempo de formação (expresso em anos) foi organizado em períodos (1 a 5 anos; 6 a 10 anos; > 10).

#### **4.6 Análise das questões abertas**

As questões abertas foram analisadas por meio da metodologia descrita em “análise de conteúdo” segundo Laurence Bardin<sup>61</sup>.

As respostas geradas foram inicialmente organizadas em planilha Excel para pré-análise e em seguida codificadas por temática, gerando uma categorização.

## **5. Resultados**

Participaram do estudo 43 médicos distribuídos entre as unidades de saúde da APS de Salvador. Os resultados foram subdivididos em 3 tópicos: perfil dos médicos da APS, processo de trabalho na APS e percepção do médico quanto à sua atuação na pandemia de covid-19.

### **5.1 Perfil sociodemográfico e profissional dos médicos da APS**

Em relação ao gênero, 26 (65,12%) médicos foram do gênero feminino e 24 com idade entre 30 e 40 anos (55,81%). Quanto a formação, 23 (53,49%) apresentaram 5 anos de graduação e cursaram Medicina em uma instituição privada também 23 participantes (53,49%). Sobre pós-graduação, 29 (67,44%) não possuía residência médica concluída e 23 (53,49%) eram médicos de uma equipe da ESF no município no momento do estudo.

Em relação à atuação prévia, na APS, 35 (81,39%) indicaram já ter trabalhado na Atenção Primária. No momento da coleta, 19 (44,18%) estavam inseridos na mesma equipe há menos de 1 ano e 40 (93,02%) têm carga horária de 40 horas na unidade. A tabela 1 apresenta o perfil socioprofissional dos participantes.

Tabela 1: Perfil socioprofissional dos médicos da APS do município de Salvador, Bahia, Brasil, 2022.

Características	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	28	65.12
Masculino	15	34.88
Outro	0	0
<b>Idade</b>		
25 a <30 anos	13	30.23
30 a <40 anos	24	55.81
Acima de 40 anos	5	11.63
Ignorada	1	2.33
<b>Formação</b>		
Tempo de formação		
1 a 5	23	53.49
6 a 10	12	27.91
>10	4	9.30
Ignorado	4	9.30
Natureza da Instituição		
Pública	19	44.19
Privada	23	53.49
Ignorada	1	2.33
<b>Ocupação</b>		
Residência em MFC	18	41.86
Médico de uma USF	23	53.49
Médico de uma UBS	1	2.33
Ignorada	1	2.33
<b>Residência Médica</b>		
Não possui	29	67,44
MFC	12	27.91
Outra	2	4.65
<b>Atuação prévia na APS</b>		
Sim	35	81.39
Não	8	18.61
Ignorada	0	0
<b>Tempo de inserção na atual equipe</b>		
< 1 ano	19	44.18
1 a 4 anos	17	39.53
5 a 9 anos	3	6.98
> 10 anos	3	6.98
Ignorado	1	2,33
<b>Carga horária de trabalho na unidade</b>		
10 horas	0	
20 horas	0	
30 horas	3	6.98
40 horas	40	93.02

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: N: número; APS: Atenção Primária em Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; USF: Unidade de Saúde da Família.

## 5.2 Processo de trabalho na APS na pandemia de covid-19

Sobre o processo de trabalho dos médicos (Tabela 2), 26 (60,46%) informaram que, de rotina, não utilizavam TIC para ações remotas, passando a adotá-las durante a pandemia de covid-19. Além disso, 37 (86,05%) informaram que a SMS disponibilizou equipamentos e/ou internet para teleatendimento por parte da SMS, entretanto apenas 16 (37,21%) classificaram a disponibilização de forma satisfatória. Por fim, 6 (13,95%) relataram que não houve essa disponibilização.

Tabela 2: Aspectos relacionadas ao processo de trabalho médico na APS durante a pandemia de covid-19 em Salvador, Bahia. Brasil. 2022.

Aspectos	Opções de Resposta	N	%	
Adoção de tecnologias de informação e comunicação para ações remotas	Passaram a adotar	26	60,46	
	Potencialização do uso na pandemia	8	18,61	
	Não adotaram	9	20,93	
Disponibilização de equipamentos e/ou internet para teleatendimento	De forma satisfatória	16	37,21	
	De forma insatisfatória	21	48,84	
	Não disponibilizados	6	13,95	
Avaliação das condições de trabalho (Infraestrutura, materiais e insumos, equipamentos de proteção individual)	Ruim	4	9,30	
	Regular	23	53,49	
	Bom/ótimo	16	37,21	
Recebeu treinamento para atuar com covid-19	De forma satisfatória	8	18,61	
	De forma parcial	14	32,56	
	Não	21	48,84	
Reuniões de equipe	- Realização	Presencial	29	67,44
		Virtual	1	2,33
		Híbridas	2	4,65
		Não realizadas	11	25,58
	- Impacto da pandemia na frequência	Aumento das reuniões	0	0
		Diminuição das reuniões	25	58,14
		Não houve impacto	7	16,28
		Não realizadas	11	25,58

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: N: número; APS: Atenção Primária em Saúde

Sobre as condições de trabalho, 39 (90,70%) avaliaram como regular/bom/ótimo. No entanto, 21 (48,84%) não receberam treinamento para atuar com a covid-19. Quanto às reuniões de equipe, para 29 deles (67,44%) houve continuidade presencial, porém 25 (58,14%) indicaram uma diminuição do número de reuniões e 11 (25,58%) apontaram sua não realização.

### 5.3 Impacto da pandemia de covid-19 no acesso aos cuidados primários

O eixo de cuidados primários teve como objetivo analisar a manutenção de acesso dos usuários aos cuidados em saúde atribuídos à Atenção Primária, tais como: pré-natal, puericultura, acompanhamento de agravos crônicos e vacinação (Tabela 3).

A consulta de pré-natal foi, para 32 deles (74,42%), o cuidado menos afetado durante a pandemia e o atendimento a agravos crônicos o que sofreu maior redução, para 37 (86,05%) dos médicos, seguido do atendimento à saúde da criança, com 34 (79,07%) das respostas. A vacinação em geral, para além da covid-19, obteve uma redução de acordo com 21 (48,84%) dos médicos.

Tabela 3: Impacto da pandemia de covid-19 no acesso aos cuidados primários segundo os médicos da APS do município de Salvador, Bahia. Brasil. 2022.

Tipo de Cuidado	Opções de Resposta	N	%
Consultas de pré-natal	Ampliação	2	4,65
	Redução	9	20,93
	Manutenção	32	74,42
Atendimento à saúde da criança	Ampliação	0	0
	Redução	34	79,07
	Manutenção	9	20,93
Atendimento à agravos crônicos	Ampliação	3	6,98
	Redução	37	86,05
	Manutenção	3	6,98
Vacinação	Ampliação	2	4,65
	Redução	21	48,84
	Manutenção	20	46,51

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: N: número; APS: Atenção Primária em Saúde

#### 5.4 Atuação em Vigilância em Saúde

O eixo de Vigilância em Saúde avaliou a participação dos médicos nas ações articuladas de vigilância (Tabela 4). Para outras condições de saúde (não covid-19), 22 (51,16%) médicos informaram que às vezes desenvolviam essas ações, 12 (27,91%) indicaram desenvolver a maior parte das vezes, enquanto 9 (20,93%) afirmaram que raramente essas ações de vigilância eram desenvolvidas.

Quanto as orientações à família, contatos próximos de infectados com covid-19 e ao próprio usuário, 24 (55,88%) informaram fazer a orientação em todos os casos e para 15 (34,88%) essa orientação foi feita quando possível.

Tabela 4: Atuação em Vigilância em Saúde pelos médicos da APS no contexto de pandemia de covid-19 em Salvador. Bahia. Brasil. 2022.

Ações	Opções de Resposta	N	%
Desenvolvimento de ações de vigilância para outras condições de saúde (não covid-19)	Sempre	0	0,00
	Maior parte das vezes	12	27,91
	Às vezes	22	51,16
	Raramente	9	20,93
	Não realizadas	0	0,00
Frequência de orientações ao usuário infectado, família e contatos próximos.	Em todos os casos	24	55,81
	Quando possível	15	34,88
	Às vezes	2	4,65
	Raramente	1	2,33
	Não realizadas	1	2,33
Participação em ações de vigilância junto a Vigilância Epidemiológica e/ou Sanitária		2	4,65
	Sempre		
	Com frequência	5	11,63
	Às vezes	19	44,19
	Raramente	6	13,95
Articulação da Equipe com lideranças comunitárias para vigilância em saúde	Não participavam	11	25,58
	Sim	14	32,56
	Não	28	65,12
	Ignorado	1	2,33

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: N: número; APS: Atenção Primária em Saúde

Quanto à participação em ações conjuntas com a Vigilância Sanitária e/ou Epidemiológica, 19 (44,19%) informaram participar às vezes e 11 (25,58%) informaram

não participar. E sobre articulação da equipe com lideranças comunitárias para ações de vigilância, 28 (65,12%) informaram não realizar tais ações.

### 5.5 Impacto da pandemia de covid-19 no suporte social a grupos vulneráveis

No eixo de suporte social a grupos vulneráveis avaliou-se a participação do médico e de sua equipe em ações voltadas a esse público (Tabela 5). Quanto a realização de ações pela equipe, 27 (62,79%) participantes informaram que não realizavam. Além disso, 29 (67,44%) negaram ações de parcerias intersetoriais para o enfrentamento de vulnerabilidades sociais no território de abrangência da equipe. Em relação ao seu engajamento nas ações, 23 (53,49%) médicos avaliaram sua participação como regular enquanto 16 (37,21%) como ruim e 4 (9,30%) avaliaram como bom/ótimo.

Tabela 5: Impacto da pandemia de covid-19 no suporte social a grupos vulneráveis segundo os médicos da APS do município de Salvador, Bahia. Brasil. 2022.

Ações/ modalidade	Opções De Resposta	N	%
Realização de ações destinadas a grupos em situação de vulnerabilidade social no território	Sim	16	37,21
	Não	27	62,79
Parcerias com serviços sociais, da saúde, de outros setores para enfrentamento da vulnerabilidade social no território	Sim	14	32,56
	Não	29	67,44
Engajamento do/a médico/a nas ações voltadas à grupos em situação de vulnerabilidade	Ruim	16	37,21
	Regular	23	53,49
	Bom/ótimo	4	9,30

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: N: número; APS: Atenção Primária em Saúde

### 5.6 Formas de atuação em casos de covid-19

Por fim, o último eixo analisou a atenção aos usuários com covid-19 e as formas de atuação dos médicos da APS para com esse grupo (Tabela 6). Quanto aos fluxogramas e protocolos para covid-19, 36 (83,72%) consideraram sua familiarização com esses documentos como bom/ótimo. Sobre a identificação precoce de sinais de agravo, um total de 27 (62,79%) médicos informou fazer esse monitoramento sempre ou com frequência.

Em relação ao acompanhamento dos usuários com sequelas decorrentes da covid-19, 18 (41,86%) indicaram realizar esse acompanhamento com frequência e 18 (41,86%) indicaram realizar acompanhamento dos usuários com sequelas decorrentes da covid-19.

Tabela 6: Formas de atuação em casos de covid-19 pelos médicos da APS no município de Salvador. Bahia. Brasil. 2022.

Atenção a covid-19	Opções de Resposta	N	%
Familiarização com fluxogramas e protocolos da APS para covid-19	Ruim	1	2,33
	Regular	6	13,95
	Bom/ótimo	36	83,72
Monitoramento das condições clínicas para identificação precoce de sinais de agravamento de covid-19		13	30,23
	Sempre		
	Com frequência	14	32,56
	Às vezes	10	23,26
	Raramente	2	4,65
Acompanhamento de usuários com sequelas decorrentes da covid-19	Não realizadas	4	9,30
	Sempre	1	2,33
	Com frequência	18	41,86
	Às vezes	12	27,91
	Raramente	8	18,61
	Não realizadas	4	9,30

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: N: número; APS: Atenção Primária em Saúde

## 5.7 Percepção dos profissionais sobre sua atuação na pandemia

As respostas dos médicos às duas questões subjetivas foram categorizadas de acordo com seu conteúdo, obtendo 6 categorias para cada uma. A pergunta “Quais aspectos positivos você identifica na sua atuação no contexto de pandemia?” obteve 37 respostas.

Como potencialidades destacadas têm-se: (i) habilidades individuais; (ii) Conhecimento sobre a covid-19; (iii) Interação com a população; (iv) Uso de tecnologias/telemedicina; (v) Abordagem clínica; e (vi) Reorganização da ESF.

Como habilidades pessoais foram identificadas a resiliência, a coragem, a capacidade de adaptação, a organização e a oportunidade da experiência de atuação em situações de

crise. O conhecimento sobre a covid-19 contemplou a busca por evidências científicas, a utilização de protocolos e o desenho de novos fluxos para atendimento. A interação com a população foi pontuada mediante as orientações prestadas, o fortalecimento do vínculo, o acolhimento e a manutenção de ações da APS. O uso de tecnologias da informação e comunicação, assim como a telemedicina foram sinalizados como relevantes para oferta e continuidade do cuidado.

Alguns profissionais fizeram uma autoavaliação positiva da abordagem clínica utilizada no tratamento da covid-19, tais como: testagem, rastreio, indicação e o monitoramento do isolamento, além do manejo de sinais de gravidade. Por fim, houve valorização da reorganização estrutural das unidades da ESF e da potência do trabalho em equipe no enfrentamento da crise sanitária.

A questão sobre dificuldades identificadas na atuação do médico no contexto de pandemia recebeu 38 respostas. As categorias foram: (i) Interação da equipe com a rede e/ou gestão; (ii) Limitações estruturais; (iii) Insumos; (iv) *Fake News* e informações; (v) Diminuição do atendimento à usuários não-covid-19; (vi) Impactos individuais.

Quanto às dificuldades relacionadas às interações, foram descritos os desacordos dentro da equipe, a falta de capacitação promovida pela gestão e os obstáculos para a correta utilização da rede, com encaminhamentos e contrarreferências. Limitações materiais foram descritas, tanto estruturais quanto de EPIs, testes e internet para realização de telemedicina. Outra dificuldade relatada foi o grande número de *Fake News* trazidas pelos usuários e outros médicos, ou o desencontro de informações referente a gestão de casos de covid-19.

Alguns profissionais identificaram a diminuição do atendimento de outros casos na unidade, não relacionados à covid-19, como agravos crônicos e o funcionamento de grupos. Por fim, vários relataram impactos individuais, como medo do vírus, sobrecarga, estresse, saturação do sistema e cansaço.

## 6. Discussão

Esse estudo teve como objetivo descrever as práticas de saúde dos médicos da Atenção Primária do município de Salvador/BA, no contexto de pandemia da covid-19 nos anos de 2020-2022, tendo como instrumento de coleta de dados um questionário online autoaplicável. Observou-se que o perfil da população médica que trabalha na APS do município é de maioria feminina, com idade entre 30 e 40 anos, recentemente (< 5 anos) graduada, de instituição privada e recentemente (< 1 ano) inserida na equipe onde trabalham.

O maior percentual feminino encontrado assemelha-se às projeções demográficas feitas nos últimos estudos nacionais de demografia médica, que mostram que as mulheres estão se tornando maioria, sobretudo quando analisamos faixas etárias mais jovens<sup>62</sup>. É importante mencionar que, embora esse predomínio feminino seja uma realidade mais recente, quando se observa, especificamente, médicos na Atenção Primária, esse achado já é encontrado com frequência em estudos nessa população em estudos sobre o perfil dos médicos da APS em outras cidades<sup>63,64</sup>. Um estudo recente sobre o perfil sociodemográfico dos médicos da Estratégia Saúde da Família de Ponta Grossa, Paraná, encontrou um perfil de médicos ainda mais jovem (até 30 anos de idade) do que os apresentados nessa pesquisa<sup>65</sup>.

O maior percentual de médicos formados há menos de 6 anos e em instituições privadas pode ser reflexo da maior abertura de vagas para o curso médico em todo território nacional com o Programa Mais Médicos para o Brasil<sup>66</sup>. O estudo realizado em Ponta Grossa obteve predomínio de profissionais com menos anos de formação e atuantes no Programa Mais Médicos, mas uma maioria proveniente de instituições públicas e não privadas.<sup>65</sup>

Quanto à continuidade da formação profissional, 67,44% dos participantes não possuíam residência médica concluída. Esse elevado número pode ser associado a alguns fatores, entre eles, o fato de que uma porcentagem importante da amostra estava residente em MFC no momento da pesquisa e 53,49% era constituída de recém-formados.

É importante notar que, entre os que possuem residência médica, 85,71% são especialistas em MFC. Um estudo sobre o perfil dos médicos da APS, realizado em 2021 encontrou apenas 1.6% de especialistas em MFC, mas uma proporção similar de especialistas ao dessa pesquisa quando incluídas outras residências e/ou outras áreas de pós-graduação<sup>65</sup>. Outro estudo encontrou um alto percentual de especialização, independente da área<sup>64</sup>. É interessante observar o aumento percentual de médicos especialistas em MFC atuando na APS, permitindo inferir que, somados ao número de residentes na especialidade, refletem aumento compatível com o que tem sido observado nos últimos estudos de demografia médica<sup>62,67</sup>.

Uma parte significativa da amostra (81.39%) informou já ter atuado na APS antes do vínculo atual. Essa experiência prévia, quando positiva, pode ser um facilitador para o interesse em atuação na atenção primária<sup>68,69</sup>.

Uma inserção recente na equipe atual foi um achado significativo e compatível com outros estudos<sup>65</sup>. O total de médicos que responderam à pesquisa, e estão vinculados à mesma equipe há menos de 5 anos, foi de 83.71%, um número expressivo e que permite algumas inferências. A alta rotatividade de profissionais médicos nesse setor é um problema estudado há décadas e considerado um fator prejudicial na qualidade do cuidado oferecido na atenção primária<sup>70-73</sup>. Alguns fatores associados à rotatividade de profissionais foram elencados nesses estudos, tais como o alto índice de recém-formados que saem da ESF para realizar residência médica em outra área, a grande carga horária e condições de trabalho inadequadas. Nessa pesquisa, um outro fator que pode ter contribuído para o tempo curto de inserção na equipe é justamente a presença de muitos residentes em MFC.

Os médicos desse estudo informaram uma carga horária de trabalho de 40 horas na unidade em que atuam, um número maior do que o encontrado em outros estudos mais recentes para a APS<sup>65,74</sup>. A maior carga horária pode ser um fator prejudicial quando se leva em conta a rotatividade profissional, principalmente quando associada a fatores negativos, como uma má qualidade das condições de trabalho e grande número de atendimentos de demanda espontânea<sup>72</sup>.

A maioria dos médicos indicaram não usar ou fazer uso das TICs de forma incipiente, passando a adotá-las ou potencializar seu uso no contexto de Pandemia. Esse fenômeno foi bem documentado em diversos relatos de experiência descritos por Aquino<sup>21</sup>. O telemonitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados se demonstrou uma ferramenta importante, permitindo acompanhar com maior frequência pacientes isolados em domicílio evitando aumentar o risco de contágio<sup>47</sup>. Um relato de experiência da Residência Médica em MFC da Escola Bahiana de Medicina descreveu que a teleconsulta reforçando os princípios da Saúde da Família, como a integralidade, multidisciplinaridade e o método clínico centrado na pessoa<sup>75</sup>.

Quanto à disponibilização de equipamentos e/ou internet para realizar tais atendimentos, a maioria dos médicos informou que recebeu acesso a tais tecnologias, mas a maioria informou insatisfação a respeito dessa distribuição. Um acesso inadequado às TICs pode causar prejuízos a qualidade da telessaúde ofertada<sup>21</sup>, e alternativamente expor os médicos a maior risco de contaminação ao fazer maior uso das consultas presenciais mesmo em casos de covid-19.

Para além do acesso e distribuição de meios tecnológicos para telemedicina, a maioria dos médicos atribuiu nota regular ao avaliar as condições de trabalho gerais (infraestrutura, materiais e EPIs), com o segundo maior montante graduando em bom ou ótimo sua satisfação. Apenas uma minoria, 9,30%, indicou condições ruins de trabalho nesse estudo. Esse resultado foi muito positivo, uma vez que limitações estruturais mostraram-se como um facilitador da transmissão do vírus nas UBSs e podendo agravar a situação sanitária, como foi discutido em um estudo a respeito da reorganização da APS na Índia<sup>56</sup>.

A maioria dos médicos indicou não ter recebido treinamento ou ter recebido treinamento de forma parcial para atuar com covid-19. Esse achado é compatível com um outro estudo transversal feito com profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em Belo Horizonte, também no contexto da pandemia<sup>76</sup>, no qual a maioria dos participantes informaram não terem recebido treinamento para atuação na linha de frente.

É possível inferir alguns fatores responsáveis pela ausência ou parcialidade desse treinamento descrita pelos médicos. Pontua-se a falta de conhecimento científico robusto a respeito do vírus, sua síndrome clínica e tratamento em razão da recente descoberta do patógeno. A infecção por covid-19 não teve o mesmo significado clínico, sintomatologia ou tratamento durante os dois últimos anos<sup>77</sup>. O vírus sofreu mutações criando variantes com diferentes níveis de transmissão. Como tratamento, diversos fármacos foram testados, com alguns indicando resultados promissores em testes iniciais e in vitro, mais tarde se provando sem efeito clínico significativo<sup>78</sup>. A principal forma de transmissão do vírus e os EPIs adequados para proteção contra o mesmo também foram informações constantemente reformuladas nos dois primeiros anos de pandemia<sup>79-81</sup>. Pode-se questionar se as inúmeras mudanças geradas pelo constante crescimento do entendimento global sobre o coronavírus em questão dificultou a formulação e aplicação de cursos para treinamento dos profissionais na APS.

As reuniões tiveram uma frequência reduzida para a maioria das equipes dos médicos do estudo, com apenas uma pequena porcentagem (16,28%) indicando não ter ocorrido alterações com a pandemia. A reunião de equipe é uma ferramenta importante para a Saúde da Família, permitindo discussão, planejamento e avaliação mútua das práticas dos membros da equipe, o que permite uma melhora da qualidade da atenção prestada aos usuários<sup>82</sup>. É possível considerar que o prejuízo à frequência e qualidade das reuniões de equipe tenha tido um impacto negativo nesses aspectos.

A manutenção dos cuidados de pré-natal foi a maior entre as modalidades de cuidados primários interrogadas nessa pesquisa. Santana e colaboradores<sup>83</sup>, em uma revisão sistemática acerca das ferramentas utilizadas no contexto da covid-19 para manutenção do pré-natal em diversas instituições pelo mundo, descreve que o uso de TICs foi a principal alternativa relatada na maioria dos artigos consultados, com um grande número de instituições de saúde fazendo uma alternância entre teleconsultas e consultas presenciais, diminuindo pela metade a exposição das gestantes ao risco de contaminação em consultório sem causar uma descontinuidade na assistência.

É importante observar que apesar do acesso ao pré-natal ter sofrido a menor redução, essa ainda foi de 20,93%. Internacionalmente, a covid-19 causou um aumento dos casos de mortalidade materna, sendo o Brasil um dos principais países afetados<sup>84</sup>. Um estudo

realizado em junho de 2020 encontrou que entre os óbitos de gestantes por covid-19 no mundo registrados, até a escrita do artigo, 77% haviam ocorrido no Brasil<sup>85</sup>.

A saúde da criança ficou entre as modalidades de cuidado primário mais prejudicada, com 79,07% de redução no acesso. Assim como o atendimento de pré-natal, a literatura mostra que houve uma adaptação ao meio digital com o objetivo de garantir a continuidade do atendimento à Saúde da Criança. Em relação ao binômio mãe-bebê, Moraes e Rocha demonstraram a manutenção das visitas puerperais no formato virtual utilizando aplicativo de mensagens<sup>86</sup>.

Contudo, alguns relatos sugerem uma pior adaptação da puericultura a essa modalidade, com uma queda na procura mesmo quando realizada busca ativa de pacientes através de ligações e mensagens instantâneas<sup>87</sup>. De modo geral, as orientações para manutenção do atendimento à saúde da criança foram individualizadas por cada Estado e prefeitura. Porém, um estudo documental publicado em 2021 a respeito das vulnerabilidades em saúde da criança durante a pandemia inferiu que em uma visão nacional, houve o predomínio da restrição do acesso, com interrupção de consultas presenciais para crianças consideradas de baixo risco, afetando a longitudinalidade e ampliando as vulnerabilidades desse grupo<sup>88</sup>.

Desde os primeiros estudos com pacientes com covid-19 graves, foi percebida uma relação de maior risco em pacientes com doenças crônicas (como diabetes e hipertensão), o que gerou uma preocupação em manter a assistência a esses grupos, de modo a evitar o agravamento de tais condições pré-existent<sup>89</sup>. Contudo, também pela maior relação de risco documentada, as consultas presenciais foram reduzidas, substituídas por atendimentos de telemedicina e tele-enfermagem. Uma revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem para pacientes hipertensos e diabéticos na APS descreve que houve limitação na continuidade dos serviços não emergências relacionados a esse grupo<sup>90</sup>.

O uso de telemonitoramento/teleatendimento foi uma estratégia muito utilizada para contornar as limitações do distanciamento social, contudo, houve impasses, sobretudo associados ao manuseio de tecnologias pelos pacientes – em sua maioria idosos –, acesso à internet e falta de treinamento dos profissionais. Ainda sob esse cenário, com enfoque

na população idosa portadora de agravos crônicos, uma revisão narrativa expôs a importância do treinamento da equipe em estratificação de risco para melhor orientar as ações de saúde realizadas sobre esse grupo<sup>18</sup>.

Em relação à vacinação, houve uma diminuição de acesso em 48,84%, quando contabilizadas imunizações para outras condições (e não covid-19) que podem ser consideradas importantes. Contudo 51,16% dos médicos relataram manutenção ou ampliação do acesso, tornando essa modalidade de cuidado a segunda com menor prejuízo durante a pandemia. Dados da OMS indicam uma redução global na vacinação infantil durante o ano de 2020<sup>91</sup>. No Brasil, uma redução já observada no período pré-pandemia foi significativamente exacerbada no ano de 2020<sup>92</sup>. Esse cenário foi relatado em outros países como descreve Aquino<sup>21</sup> e põe em risco a erradicação de condições de saúde anteriormente combatidas com extensa vacinação, como o sarampo.

As ações de vigilância para outras condições de saúde foram desenvolvidas por 27,91% dos médicos, com a maioria indicando realiza-las às vezes ou raramente. Apesar da existência do módulo de Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde na guia Política Nacional de Atenção Básica desde 2018, o próprio documento reconhece que essa integração, apesar de muito importante, ainda não é efetiva como esperado. O guia ainda destaca que a ausência ou insuficiência da integração desses dois setores prejudica o princípio da integralidade, um dos norteadores do SUS<sup>45</sup>. O documento descreve e orienta ações que facilitam a vigilância, como o diagnóstico comunitário (realizado através do cadastramento, conhecimento da situação de saúde das famílias e da economia local) e classificação de risco (utilizando escalas validadas para levantamento dos agravos). Contudo, no contexto de pandemia e distanciamento social, a realização dessas, possivelmente, ficou limitada, o que em consequência pode ter prejudicado o desenvolvimento de ações de vigilância por parte dos médicos.

Teixeira e colaboradores descrevem alguns dos problemas relacionados à reorganização da APS para vigilância e contenção da covid-19<sup>13</sup>. Para os autores, apesar de algumas limitações, o sistema de vigilância brasileiro, para doenças transmissíveis, tem boa estrutura e capilarização.

É descrito que as equipes de APS desenvolvem algumas ações de vigilância, e esse foi um achado do estudo, uma vez que a maioria dos médicos informou fazer orientações ao usuário, família e contatos próximos em todos os casos. Porém, quanto às ações articuladas, foi descrita uma participação menor em ações de Vigilância Epidemiológica (VE) e/ou sanitária, o que também é descrito por Teixeira e colaboradores. A articulação da equipe com lideranças comunitárias para Vigilância em Saúde foi majoritariamente negada, com apenas 32,56% informando a realização de tais ações.

A falta de articulações (com a VE, vigilância sanitária e lideranças comunitárias) para ações relacionadas ao coronavírus pode ser vista como reflexo da ainda incipiente atuação da APS em vigilância em saúde de forma geral, em um contexto pré-pandemia. Afinal, a existência de uma crise sanitária e todas as suas repercussões negativas para o funcionamento normal das unidades pode ser interpretada como um fator desfavorável para a aplicação de tais ações, como foi discutido anteriormente.

O eixo para descrição das ações de suporte a grupos vulneráveis trouxe resultados que apontam pouca participação dos médicos nesse suporte. A maioria dos médicos informou não realizar ações destinadas a esses grupos no território nem realizar parcerias com outros serviços (sociais, da saúde, de outros setores) para o enfrentamento da vulnerabilidade social.

Quando solicitada a auto avaliação a respeito do engajamento individual do médico nas ações, a maioria atribuiu uma nota ruim ou regular à sua participação. A pandemia escancarou a vulnerabilidade de alguns grupos específicos, como idosos, pessoas em situação de rua ou em situação de insegurança alimentar. De forma geral, a desigualdade social no país é um dos maiores dificultadores no acesso à saúde, tendo sido exacerbada durante a pandemia<sup>16,93</sup>.

Um relato de experiência a respeito da organização da APS em Belo Horizonte relatou a realização de atendimento específico a população de rua e idosos em instituições de longa permanência, com o apoio de outras instituições (outras secretarias da prefeitura e uma universidade local)<sup>25</sup>. Diversos motivos podem estar relacionados a baixa atuação e envolvimento dos médicos e suas equipes nas ações de suporte a esses grupos mais

vulneráveis, tais como sobrecarga da equipe, relatada por alguns médicos neste estudo, por exemplo.

Há ainda o problema do menor conhecimento sobre as vulnerabilidades específicas do território – o que dialoga com o item discutido anteriormente, sobre as ações que facilitam a vigilância, relacionadas ao território, terem sido prejudicadas pela necessidade de distanciamento social. Isso posto, é notável que a assistência a grupos de maior vulnerabilidade pode contribuir para diminuir as iniquidades evidenciadas pela crise sanitária, sendo a baixa participação da APS nessas ações um problema real e que pode ter influenciado diretamente a condição de saúde dos indivíduos desse grupo.

Os médicos indicaram uma boa familiarização com os fluxogramas e protocolos da APS para covid-19, com apenas 2,33% deles se autoavaliando com uma nota classificada como ruim. Essa familiaridade pode estar associada ao uso intenso desses protocolos considerando o grande número de atendimentos diários, sobretudo nos momentos de pico da pandemia.

A maioria deles também indicou monitorar condições clínicas para identificação precoce de sinais de agravamento da covid-19, com um total de 62,79% deles informando realizar tais avaliações sempre ou com frequência. Esse resultado indica uma importante adaptação da APS ao contexto da pandemia, cumprindo o papel de porta de entrada inerente a atenção básica e coordenando o cuidado dos usuários, mesmo em situação de crise. Um relato de experiência em Salvador descreveu o uso de fluxogramas de atendimento, formulados a partir das notas técnicas<sup>43</sup> atualizadas e emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde para direcionar a atuação na APS em relação à covid-19. Foi destacada a importância da avaliação e manejo clínico na APS para evitar a superlotação nas Unidades de Pronto Atendimento e hospitais de referência, reduzindo gastos e favorecendo um atendimento mais rápido nos serviços de maior complexidade<sup>24</sup>.

Por fim, a maioria dos médicos confirmou fazer acompanhamento de casos de pacientes com sintomas pós-covid. Esse é um fenômeno que tem se mostrado comum, exigindo a formulação de notas técnicas e orientações específicas para essa sintomatologia, como foi feito no Rio Grande do Sul<sup>94</sup>. Apesar de a maioria das síndromes e sintomas pós-covid se mostrarem autolimitadas, existe uma gama diversa de sistemas e graus de acometimento,

de modo que é possível inferir que o médico da APS ainda terá um contato prolongado com esses casos. Contudo, uma vez que a descrição científica das síndromes pós-covid é ainda mais recente que a de seu vírus causador, uma avaliação mais precisa das repercussões a longo prazo ainda está em curso.

Na percepção dos profissionais sobre sua atuação na pandemia, foi possível observar uma divergência nos discursos dos médicos. Enquanto para alguns a reestruturação da unidade foi indicada como uma potencialidade na sua atuação durante a pandemia, outros indicaram problemas com a reestruturação como uma das principais dificuldades relacionada a essa atuação. Isso pode revelar uma pluralidade de cenários e condições nos serviços.

É interessante refletir que a maioria das categorias geradas a partir da análise das respostas se relacionou a alguns dos eixos descritos por Aquino<sup>21</sup>. Porém, essa relação não foi proporcional, ocorrendo um enfoque maior em alguns eixos em detrimento de outros. Essa relação possibilita uma análise mais ampla da experiência dos médicos quanto aos eixos, permitindo inferir qual aspecto, para cada médico, foi mais relevante, seja em um sentido positivo (descrito nas potencialidades) ou negativo (descrito nas dificuldades relatadas). Nesse sentido, o eixo transversal, que discorre a respeito da reorganização do processo de trabalho, espaço físico, uso de TICs, fluxogramas e protocolos foi o mais discutido pelos médicos, tanto no tópico de potencialidades quanto no de dificuldades.

Isso posto, observa-se que houve bastante heterogeneidades nessas respostas, por exemplo com *Fake News* e informações indicadas nas dificuldades, o que ia de encontro com a potencialidade a respeito do conhecimento sobre a covid-19, contemplando uso de evidências científicas e compreensão dos protocolos. Outro eixo bastante presente nas respostas foi o de atenção aos usuários com o coronavírus, com a descrição da categoria “abordagem clínica” nas potencialidades.

### **Limitações do Estudo**

Pesquisas envolvendo questionários online apresentam vantagens pela facilidade de acesso ao participante e pela opção de o respondente participar em horário mais

conveniente para si. Por outro lado, a falta do contato presencial dificulta o compromisso em respondê-lo em tempo oportuno para o pesquisador<sup>95</sup>.

É preciso salientar que, desde início da pandemia, inúmeras pesquisas foram realizadas por meio de entrevistas e questionários online e os profissionais de saúde foram público-alvo importante. Essa observação permite inferir, mesmo que em parte, que muitos desses profissionais tiveram dificuldades em responder pesquisas na modalidade online devido à alta demanda de solicitações de participação em pesquisas.

Este estudo foi desenvolvido nesse cenário e contexto, não conseguindo alcançar um número expressivo de participantes, ponderando a população médica atuante na APS do município. Problemas com e-mails desatualizados não pode ser avaliado já que foi a própria secretaria de saúde que fez os envios. Ressalta-se que quanto à análise qualitativa da percepção dos profissionais de medicina acerca da sua atuação, apenas por duas questões abertas, não possibilitou estabelecer maior inferência no tratamento e compreensão dos achados.

Mesmo com essas observações, considerou-se que os resultados dessa pesquisa contribuíram para mais conhecimentos sobre o perfil dos médicos atuantes na APS e sobre as modificações ocorridas nas unidades de saúde retratadas nas dificuldades de acesso sofrida pela população nos períodos críticos da pandemia.

## 7. Conclusão

Este estudo foi capaz de descrever o perfil e as ações em atenção primária realizadas pelos médicos na APS do município de Salvador na pandemia de covid-19. Houve predomínio de médicas do sexo feminino, entre 30 e 40 anos, com menos de 6 anos de formação, sem especialização concluída, que já tinham experiência prévia na APS, mas estavam há menos de um ano na mesma equipe.

Em sua maioria, atuam em uma ESF do município com carga horária total de 40 horas semanais. As práticas de saúde dessas profissionais foram descritas, e de acordo com os achados, a maioria passou a utilizar Tecnologias de Informação e Comunicação para realizar ações remotas, ferramenta que possivelmente continuará a estar presente na prática médica com o fim da crise sanitária.

A redução no número de reuniões de equipe e o baixo envolvimento dos médicos em ações de vigilância e suporte social a grupos vulneráveis demonstram a fragilidade da atuação da APS nesses parâmetros, potencialmente benéficos para a qualidade da assistência prestada.

Similarmente, a limitação no acesso a serviços importantes, como o acompanhamento de doenças crônicas, puericultura e vacinação, possivelmente, ainda trarão repercussões a médio e longo prazo para a saúde desses usuários temporariamente menos assistidos.

A assistência prestada aos usuários com covid-19 foi bem autoavaliada pelos médicos que informaram bom conhecimento sobre os fluxos e protocolos para encaminhamentos na rede e constante monitoramento de pacientes frente aos sinais de agravamento da doença.

Em suma, apesar de essa pesquisa ter ocorrido com uma categorização em eixos das ações de saúde realizadas pelos médicos, e por consequência pelas equipes da APS do município, é notável a correlação entre cada um desses pilares e a importância do fortalecimento dos eixos, em um contexto de crise, para mitigar os prejuízos gerados pela pandemia.

Nesse sentido, o estudo deixa margens para investigações mais aprofundadas sobre cada um dos aspectos aqui descritos, em busca de se pensar ferramentas e propostas que possibilitem o fortalecimento da Atenção Primária como um todo, mesmo frente à tamanha ameaça como foi a covid-19.

## 8. Referências:

1. Santos LPR, Castro ALB, Dutra VGP, Guimarães RM. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva*. 2018;26(2):178–83.
2. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Revisão da literatura. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(5):1499–510.
3. Cavalli LO, Rizzotto MLF. Formação dos Médicos que Atuam como Líderes das Equipes de Atenção Primária em Saúde no Paraná. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2018;42(1):29–37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1RB20170023>
4. Anderson MIP, Piva Demarzo MM, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade , a Atenção recomendações e potencialidades Education : recommendations and potentialities. 2006;157–72.
5. McWhinney IR. The foundations of family medicine. *Can Fam Physician [Internet]*. 1969;15(4):13–27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20468370> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2281357>
6. WONCA. The European definition of General Practice/Family Medicine. 2002;1–33. [Internet]. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org/>
7. Neto GCC, Antunes VH, Oliveira A. The practice of family and community medicine in Brazil: Context and perspectives. *Cad Saude Publica*. 2019;35(1):1–4.
8. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Castro FSC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2006;15(3):7–18.
9. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2004;1(1):5–10.
10. Campos C. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. *Rev APS [Internet]*. 2005;(21):181–90. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf>
11. Simas KBF, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira-Batista R. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2018;13(40):1–13.
12. Mata MM, Castro DN, Gomes CA, Macêdo JA, Checchi MHR, Gama ASM, et al. A experiência da reorganização da Atenção Primária à Saúde – APS e trabalho dos agentes comunitários de saúde frente à COVID-19 em um município no interior do Amazonas. *J Manag Prim Heal Care*. 2020;12:1–12.

13. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, Barral-Netto M, Carreiro R, Aquino R. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras.* 2020;29(4):e2020494.
14. Souza CDF, Gois-Santos VT, Correia DS, Martins-Filho PR, Santos VS. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Braz Oral Res.* 2020;34:1–3.
15. Belloc MM, Sussuarana AC, Santos ACT, Santos BVT, Rodrigues ENR, Oliveira RS, et al. Estratégias de enfrentamento em saúde coletiva no contexto da COVID-19 para populações vulneráveis de Macapá-AP: resultados preliminares M. *Saúde Redes [Internet]*. 2021;7(Supl. 1):1–11. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3426%0Ahttps://fi-admin.bvsalud.org/document/view/mvt5m>
16. Melo MA, Ribas MMM, Silva MAM. Vulnerabilidades sociais expostas pelo Covid-19 no Brasil. *Campos Neutrais - Rev Latino-Americana Relações Int.* 2021;2(1):91–118.
17. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad Saude Publica.* 2020;36(6).
18. Barra RP, Moraes EN, Jardim AA, Oliveira KK, Bonati PCR, Issa AC, et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. *Aps Em Rev.* 2020;2(1):38–43.
19. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Castro DN, Gomes CA, Escarcina JEP et al. Boletim Observa Covid: experiências e legado da atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19: como seguir em frente? Instituto de Saúde Coletiva, UFBA. 2021.
20. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica.* 2020;36(8).
21. Aquino R, Medina MG, Castro DN, Araújo CA, Escarcina JEP et al. Experiências e legado da atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19: como seguir em frente? In: Barreto ML, Pinto Junior EP, Aragão E, Barral-Netto M. Construção do conhecimento no curso da pandemia da COVID 19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Volume 2. Salvador: EDUFBA; 2020. p. 1–47.
22. Rolim CCLF. O papel do médico de família no contexto da pandemia por COVID-19 - um relato de experiência. *Brazilian J Dev.* 2022;8(1):1950–62.
23. Costa FSB, Carneiro Filho DM. Mudanças Decorrentes Da Pandemia De

Covid-19 Em Um Programa De Residência Médica Em Medicina De Família E Comunidade – Relato De Experiência. *Brazilian J Dev.* 2021;7(2):15716–26.

24. Oliveira LMS, Gomes NP, Oliveira ES, Santos AA, Pedreira LC. Estratégia de enfrentamento para covid19 na atenção primária a saúde relato de experiência em SalvadorBA.pdf. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:1–7.
25. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. *Aps Em Rev.* 2020;2(2):74–82.
26. Rennó SJ. Competências profissionais na Estratégia de Saúde da Família e o trabalho em equipe. In: *Especialização em Saúde da Família [Internet]*. São Paulo, SP: UNA-SUS; UNIFESP; 2013. p. 145–68. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_9.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf)
27. Pinto LF, Giovanella L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Cienc e Saude Coletiva.* 2018;23(6):1903–13.
28. Brasil. Ministério da Saúde Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
29. Lima KC, Roncalli AG. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência E Saude Coletiva.* 2006;713–24.
30. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: Análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Publica.* 2012;28(3):449–62.
31. Lima RN, Medeiros Junior ME, Martins JS, Santos EP, Bourget MMM. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. *Rev Bras Med Família e Comunidade.* 2012;7(24):164–70.
32. Murray C, Frenk A. A Framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization. Bull World Health Organ [Internet]*. 2000;78(6):717–31. Disponível em: [https://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)717.pdf?ua=1](https://www.who.int/bulletin/archives/78(6)717.pdf?ua=1)
33. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família , um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate.* 2018;42:18–37.
34. Macinko J, Harris MJ. Brazil’s Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med.* 2015;372(23):2177–81.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família Panorama, Avaliação e Desafios. 1st ed. Brasil M da S, editor. Brasília; 2005. 1–84 p.
36. Anderson MIP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. Rev Atenção Primária à Saúde. 2005;8(n.1.):61–7.
37. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências Para Medicina de Família e Comunidade. 1st ed. 2014.
38. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014. p. 1–14.
39. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. Nat Microbiol. 2020;5(4):536–44.
40. Barreto ML, Pinto Júnior EP, Aragão É, Barral-Netto M. Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19 : aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. 1st ed. Vol. 1. Salvador: EDUFBA; 2020.
41. World Health Organization. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic [Internet]. 2020 [citado em 20 de Abril de 2021]. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>
42. Cotrim Junior DF, Cabral LMS. Crescimento dos leitos de uti no país durante a pandemia de covid-19: Desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. Physis. 2020;30(3):1–11.
43. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador/BA. Nota Técnica nº 05/2020: Orientações para organização da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID-19) no município do Salvador [Internet]. Salvador; 2020. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota-Tecnica-DASAPS-N-05-de-2020-Atualizacao-09.04.pdf>
44. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília; 2018. 1–70 p.
46. Desborough J, Dykgraaf SH, Phillips C, Wright M, Maddox R, Davis S, et al. Lessons for the global primary care response to COVID-19: a rapid review of evidence from past epidemics. Fam Pract. 2021;38(6):811–25.
47. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: A remote assessment in primary care. BMJ. 2020;368:1–5.

48. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020;4(1):3–5.
49. Badrfam R, Zandifar A. Coronavirus disease 2019 in Iran: the need for more attention to primary health care. *Public Health [Internet]*. 2020 May;182(January):187. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S00333350620300743>
50. Vitória ÂM, Wagner G, Campos S, Sanitarista M. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. *CosemsspOrgBr [Internet]*. 2020; Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>
51. Mash B. Addendum: Primary care management of the coronavirus (COVID-19). *South African Fam Pract*. 2020;62(1):1.
52. Chan PF, Lai KPL, Chao DVK, Fung SCK. Enhancing the Triage and Cohort of Patients in Public Primary Care Clinics in Response to the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hong Kong: An Experience from a Hospital Cluster. *BJGP Open*. 2020;4(2):1–5.
53. Kidd MR. Five principles for pandemic preparedness: Lessons from the Australian COVID-19 primary care response. *Br J Gen Pract*. 2020;70(696):316–7.
54. Souza RA, Alencar ELA, Majima AA, Rosado LG, Fernandes ACA, Rocha PA. Uso de tecnologias para telemonitoramento na atenção primária à saúde na pandemia do Covid-19: relato de experiência. *Res Soc Dev*. 2021;10(13):e302101321153.
55. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, Silva A, Santos ABS, Batista LE, et al. População negra e Covid-19: Reflexões sobre racismo e saúde. *Estud Avancados*. 2020;34(99):225–44.
56. Garg S, Basu S, Rustagi R, Borle A. Primary health care facility preparedness for outpatient service provision during the COVID-19 Pandemic in India: Cross-sectional study. *JMIR Public Heal Surveill*. 2020;6(2).
57. Guimarães NS, Carvalho TML, Machado-Pinto J, Lage R, Bernardes RM, Peres ASS, et al. Aumento de Óbitos Domiciliares devido a Parada Cardiorrespiratória em Tempos de Pandemia de COVID-19. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2021 Feb 19;116(2):266–71. Disponível em: <http://abccardiol.org/article/aumento-de-obitos-domiciliares-devido-a-parada-cardiorrespiratoria-em-tempos-de-pandemia-de-covid-19/>
58. Estrela FM, Cruz MA, Gomes NP, Oliveira MAS, Santos RS, Magalhães JRF, et al. COVID-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:1–7.
59. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados,

Salvador/BA [Internet]. 2021 [citado em 2021 Mar 12]. Disponível em:  
<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/salvador.html>

60. Brasil. e-Gestor: Cobertura da Atenção Básica [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 17]. Disponível em:  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
61. Bardim L. Análise de Conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70; 2011. 280 p.
62. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. Conselho Federal de Medicina. 2020. 312 p.
63. Barbosa SP, Coelho KA, Carvalho LM, Sarria B, Santos RC, Cavalcante RB. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(1 suppl 1):395–403.
64. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Souza MHN, Maciel EEN. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. *Rev Enferm*. 2016;24(1):1–5.
65. Nogueira LS, Silva Junior MF, Müller EV. Perfil sociodemográfico e fatores de atração e saída dos médicos atuantes na estratégia saúde da família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2021;16(43):2159.
66. Rocha EMS, Sarti TD, Azevedo GD, Filippon J, Siqueira CEG, Andrade MAC. A dimensão da formação no Programa Mais Médicos: hiato entre propostas e implementação. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(1):1–8.
67. Ribeiro LG. Demografia Médica 2020 e a Medicina de Família e Comunidade [Internet]. SBMFC. 2020. p. 1. Disponível em:  
[https://www.sbmfc.org.br/noticias/demografia-medica-2020-e-a-medicina-de-familia-e-comunidade/#:~:text=Isso quer dizer%2C que esse,\(30%25 a mais\).](https://www.sbmfc.org.br/noticias/demografia-medica-2020-e-a-medicina-de-familia-e-comunidade/#:~:text=Isso quer dizer%2C que esse,(30%25 a mais).)
68. Erikson CE, Danish S, Jones KC, Sandberg SF, Carle AC. The role of medical school culture in primary care career choice. *Acad Med*. 2013;88(12):1919–26.
69. Rodrigues LHG, Duque TB, Silva RM. Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(3).
70. Capozzolo AA, Campos GWS. No olho do furacão. Trabalho Médico e o Programa Saúde da Família. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2007;3(9):62–3.
71. Medeiros C, Junqueira A, Schwingel G, Ioná C, Jungles L, Lechmann O. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007;15((Supl.1)):1521–31. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>

72. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2012;22(4):1293–311. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000400003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400003&lng=pt&tlng=pt)
73. Reddy A, Pollack CE, Asch DA, Canamucio A, Werner RM. The effect of primary care provider turnover on patient experience of care and ambulatory quality of care. *JAMA Intern Med.* 2015;175(7):1157–62.
74. Damno HS, Moriyama MC, Pícoli RP, Sartori BG, Asato SMM, Carvalho GC et al. Perfil profissional dos médicos atuantes na estratégia saúde da família no município de Campo Grande - Ms. *Rev Psicol.* 2013;16(25):125–37.
75. França MVS. Experiência da residência de medicina de família e comunidade no teleatendimento pelo monitora Covid-19. *Int J Health Educ.* 2021;5(1):126–32.
76. Coelho OCS, Ferreira ATM, Mendonça RD. Pandemia COVID-19 e Ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na Rede SUS. *Aps Em Rev.* 2021;3(3):156–67.
77. Marinelli NP, Albuquerque LPA, Sousa ISB. Protocolo de manejo clínico do COVID-19: por que tantas mudanças? *Rev Cuid.* 2020;11(2):1–4.
78. Sociedade Brasileira de Infectologia - SBI. Atualizações E Recomendações Sobre a Covid-19. *Soc Bras Infectol* [Internet]. 2020;19:1–7. Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/12/atualizacoes-e-recomendacoes-covid-19.pdf><https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html><https://infectologia.org.br/2020/12/09/atualizacoes-e-recomendacoes-sobre-a-covid-1>
79. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *World Heal Organ* [Internet]. 2020;2019(February):1–28. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages)[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCov-IPC\\_PPE\\_use-2020.3-](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-)
80. World Health Organization. WHO recommendations on mask use by health workers, in light of the Omicron variant of concern. 2021;(December):9–11. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC\\_Masks-Health\\_Workers-Omicron\\_variant-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Health_Workers-Omicron_variant-2021.1)
81. Garcia LP. Uso de máscara facial para limitar a transmissão da COVID-19. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras.* 2020;29(2):e2020023.
82. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Guia prático para reunião de equipe na Atenção Primária à Saúde. 2021;
83. Santana GCS, Amor MCMS, Pérez BAG. Atenção ao pré-natal: principais

- estratégias utilizadas durante a pandemia do COVID-19. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(10):e8919.
84. Souza ASR, Amorim MMR. Mortalidade Materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2021;21:S257–61.
85. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Katz L, et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;151(1):154–6.
86. Moraes MMS, Rocha EMS. Visita puerperal virtual. *Rev Docência do Ensino Super [Internet]*. 2022 Apr 13;12:1–20. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/36307>
87. Lima PF, Marques CS, Neto HAS, Coelho PS, Fiuza TM. Necessidade de adaptação da puericultura presencial para o formato online frente ao contexto de pandemia pelo covid-19: um relato de experiência. Vol. 5, XXIX Encontro de Extensão. 2021.
88. Cabral IE, Pestana-Santos M, Ciuffo LL, Nunes YDR, Lomba MLLF. Child health vulnerabilities during the covid-19 pandemic in Brazil and Portugal. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29.
89. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção a pessoas com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de Covid-19 [Internet]. Brasília; 2020. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096507/atenccao\\_pessoa\\_com\\_doencas\\_cronicas\\_aps\\_covid-19.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096507/atenccao_pessoa_com_doencas_cronicas_aps_covid-19.pdf)
90. Boncompagni LM, Azevedo SL, Oliveira ASFSR, Motta ROLM, Da Costa Lindolpho MC, Parente JS, et al. Impactos da pandemia da covid-19 na assistência de enfermagem aos pacientes hipertensos e diabéticos na atenção primária à saúde: revisão da literatura. *Rev Científica Multidiscip [Internet]*. 2022 Dec 31;3(1):13. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1055>
91. World Health Organization. COVID-19 pandemic leads to major backsliding on childhood vaccinations [Internet]. 2021 [citado em 25 de Abril de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/15-07-2021-covid-19-pandemic-leads-to-major-backsliding-on-childhood-vaccinations-new-who-unicef-data-shows>
92. Nunes L. Panorama da Cobertura Vacinal no Brasil, 2020 [Internet]. 2021. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Panorama\\_IEPS\\_01.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Panorama_IEPS_01.pdf)
93. Lima JL, Melo AB, Perpetuo CL. Pandemia E a Exacerbação Das Vulnerabilidades Sociais: Impactos Na Saúde Mental. *Akróp - Rev Ciências Humanas da UNIPAR*. 2021;29(1):59–74.
94. Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Nota Orientadora para a Atenção Primária à Saúde nos casos de pós-COVID-19 [Internet]. Porto Alegre-RS; 2021. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/coronavirus-covid-19>

95. Vasconcellos L, Guedes LFA. Vantagens e Limitações dos Questionários Eletrônicos via Internet no Contexto da Pesquisa Científica. 2007 p. 16.

## APÊNDICE

### TCLE e Questionário

Prezado (a),

- Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa "PRÁTICAS DE SAÚDE DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19", de autoria de Maria Carolina Moraes, discente do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob orientação do professor Thiago Santos de Souza, respondendo a um questionário online de forma totalmente voluntária.
- Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos e deveres como participante da pesquisa.
- Concordando em participar, você poderá imprimir ou obter o PDF das suas respostas ao final do formulário
- Solicitamos, por gentileza, que você leia com atenção aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Os pesquisadores estão disponíveis para qualquer esclarecimento antes ou mesmo depois você assinar esse documento.
- Se você não quiser participar ou em qualquer momento decidir retirar sua autorização, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo para sua pessoa.

Esse projeto foi aprovado no CEP da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública sob o nº 4.779.074/2021.

Justificativa e objetivos: Esse estudo visa conhecer melhor o perfil e as práticas em saúde dos médicos que atuam na Atenção Primária (APS) do município de Salvador/BA, no contexto de pandemia de COVID-19.

Procedimentos: Sua participação nesse estudo consiste apenas em responder um questionário que contém 42 questões fechadas (múltipla escolha) e 2 abertas . A primeira parte do questionário contém perguntas de caráter sociodemográfico e profissional. A segunda parte contém perguntas que visam conhecer melhor o dia a dia da unidade de saúde que você trabalha durante a Pandemia. Para responder o questionário, você precisará de aproximadamente 15 minutos.

Desconfortos e riscos: O questionário pode, em algum momento, expor você a um risco de desconforto por falar sobre sua prática de trabalho e cansaço pelo tempo gasto no seu preenchimento. Se isso acontecer, você poderá pular algumas questões que lhe tragam

esse desconforto e/ou interromper o preenchimento e retornar posteriormente, se assim o desejar.

**Sigilo e privacidade:** Os pesquisadores garantem que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. A divulgação dos resultados desse estudo serão feitos de forma agrupada e seu nome não será citado em qualquer hipótese. Contudo, de forma remota, existe a chance de quebra de sigilo de maneira involuntária e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de computadores, pendrive etc.), mesmo os pesquisadores mantendo senhas de acesso aos dados.

**Benefícios:** Acreditamos que essa pesquisa trará benefícios ao coletivo de médicos que atuam na Atenção Primária, uma vez que trará informações que poderão auxiliar a gestão e a formação continuada dos médicos de qualquer município. Além disso, são esperados também benefícios individuais ao gerar uma autoavaliação reflexiva sobre práticas em saúde e processos de trabalho.

**Contato:** Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato o pesquisador responsável através do e-mail thiagosouza@bahiana.edu.br. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública: Av. Dom João VI, nº 274, Brotas, Salvador/BA CEP: 40.285-001; TEL: (71) 2101-1921 | (71) 98383-7127; E-mail: cep@bahiana.edu.br

**Responsabilidade do Pesquisador:** Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados por questionários eletrônicos autoaplicáveis. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

1.Li o TCLE e concordo em participar da pesquisa:

Concordo

Discordo

### **Perfil Sociodemográfico**

As perguntas a seguir têm como objetivo conhecer melhor o perfil dos médicos da ESF do município de Salvador.

2.Sexo

Feminino

Masculino

Outro

3. Data de nascimento:

4. Ano de graduação em Medicina:

5. Instituição de graduação em Medicina (caso sua instituição de graduação não esteja listada, por favor especifique na opção "outra"):

UNIME

FTC

UFBA

UNEB

BAHIANA

ESTÁCIO

UNIFACS

UFRB

UESC

UEFS

Outra

6. Você possui residência médica concluída?

Sim

Não

7. Em que área?

8. Qual opção melhor caracteriza sua ocupação atual?

Médico de uma UBS

Residente de Medicina de Família e Comunidade

Médico de uma USF

9. Qual distrito sanitário da sua unidade?

DS BARRA/RIO VERMELHO

DS CENTRO HISTÓRICO

DS BOCA DO RIO

DS BROTAS

DS CABULA/BEIRU

DS CAJAZEIRAS

DS ITAPAGIPE

DS ITAPUÃ

DS LIBERDADE

DS PAU DA LIMA

DS SÃO CAETANO/VALÉRIA

DS SUBÚRBIO FERROVIÁRIO

10. Você possui outra pós-graduação? Se sim, em que área?

11. Durante a graduação você teve experiência de atuação em Saúde da família?

Sim

Não

12. Antes de trabalhar na unidade atual, você já havia atuado em alguma outra unidade da Atenção Primária?

Sim

Não

13. Para você, qual foi o principal motivo do seu ingresso na atenção? (é possível marcar mais de uma opção)

Possibilidade de ter renda fixa e atuar em outros vínculos

Satisfação - é minha área de interesse

Estabilidade - possibilitando me preparar para a residência

Possibilidade de prestar um cuidado ampliado

Outra

14. Atualmente, há quanto tempo você atua na mesma equipe e território?

Entre 6 meses e 1 ano

Entre 1 e 2 anos

Entre 3 e 4 anos

Entre 5 e 9 anos

Há mais de 10 anos

15. Qual a sua carga horária de trabalho na unidade?

10 horas

20 horas

30 horas

40 horas

### **Eixo Transversal**

A segunda parte dessa pesquisa objetiva identificar as práticas em saúde dos/as médicos/as da ESF no contexto da pandemia de COVID-19 e está dividida em 5 curtas sessões. O eixo transversal tem como objetivo identificar ações relacionadas ao processo de trabalho.

16. Na sua unidade, quais ações foram reorganizadas durante o período de pandemia de COVID-19? (é possível selecionar mais de uma opção)

Cadastramento

Acolhimento

Reunião de equipe

Consultas presenciais

Procedimentos

Visita domiciliar

Atividades coletivas em grupo

Ações de educação e promoção à saúde

Ações comunitárias

Articulação com as redes de atenção do SUS

Outra

17. Sua equipe promoveu ajustes no processo de trabalho e adotou na pandemia tecnologias de informação e comunicação para ações remotas?

Sim, não utilizávamos e passamos a adotar

Sim, utilizávamos de forma incipiente, sendo potencializada na pandemia

Não

18. Quais ações tem desenvolvido de forma remota? (é possível selecionar mais de uma opção)

Teleconsulta

Telediagnóstico

Telemonitoramento de casos suspeitos, confirmados e recuperados de COVID-19

Telemonitoramento dos usuários com doenças crônicas

Grupos

Educação e promoção à saúde

Outra

19. A secretaria municipal de saúde disponibilizou equipamentos e/ou internet para os profissionais efetuarem a teleconsulta, teleatendimento e/ou telemonitoramento?

Sim, de forma satisfatória

Sim, de forma insatisfatória

Não

20. Levando em consideração o contexto de pandemia, como as reuniões de equipe estão sendo realizadas?

Não estão sendo

Presencialmente

De forma virtual

Presencialmente e de forma virtual

21. Durante a pandemia houve:

Aumento das reuniões de equipe

Diminuição das reuniões

Não houve impacto no número de reuniões

22. Como você avalia sua frequência nas reuniões de equipe?

Não participo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Participo sempre

23. Quais são os assuntos discutidos nas reuniões de equipe? (permite mais de uma opção de marcação)

Acolhimento

Fluxograma de atendimento da unidade

Casos clínicos

Visita domiciliar

Projeto terapêutico singular

Deteccão, notificação e monitoramento de casos da COVID-10

Ações de educação e promoção à saúde

Articulação de ações com outros serviços

Desenvolvimento de ações comunitárias

Relações interpessoais/manejo de conflitos

Outra

24. Como você avalia as condições de trabalho na sua unidade durante a pandemia?

(Infraestrutura, materiais e insumos, equipamentos de proteção individual)

Condições precárias 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Condições satisfatórias

25. Você recebeu treinamento para atuar com pacientes com COVID-19?

Sim, de forma satisfatória

Sim, de forma insatisfatória

Não

**EIXO 1 - Continuidade dos Cuidados Primários**

As perguntas a seguir têm como objetivo conhecer suas práticas em saúde nas atividades rotineiras da APS no contexto de pandemia da COVID-19.

26. Sobre o acompanhamento pré-natal das gestantes do território, você diria que:

- O acesso se manteve como no cenário pré-pandemia
- O acesso foi reduzido
- O acesso foi ampliado

27. Sobre o acompanhamento em saúde da criança no território, você diria que:

- O acesso se manteve como no cenário pré-pandemia
- O acesso foi reduzido
- O acesso foi ampliado

28. Quanto as medidas de acompanhamento aos agravos crônicos (consultas, entrega de medicamentos, renovação de receitas), você diria que:

- O acesso se manteve como no cenário pré-pandemia
- O acesso foi reduzido
- O acesso foi ampliado

29. Quanto a vacinação da população (para condições não COVID-19), você diria que:

- O acesso se manteve como no cenário pré-pandemia
- O acesso foi reduzido
- O acesso foi ampliado

30. No contexto de pandemia, você e sua equipe tem conseguido desenvolver ações de vigilância em saúde para usuários com outras condições de saúde para além da COVID-19?

- Sim, sempre
- Sim, na maior parte das vezes
- Às vezes
- Raramente
- Não, nunca

**Eixo 2 - Suporte social a grupos vulneráveis**

Essa sessão tem como objetivo observar ações de apoio e identificação de grupos com maior vulnerabilidade

31. Você e sua equipe realizam ações destinadas as pessoas em situação de vulnerabilidade social, no contexto de pandemia da COVID-19, no território de abrangência da USF em que atua?

Sim

Não

32. Você e sua equipe estabelecem **ações de parceria com outros serviços sociais, da saúde e/ou de outros setores da sociedade** no enfrentamento da vulnerabilidade social presente no território?

Sim

Não

33. Quais ações são realizadas? (é possível selecionar mais de uma opção)

Oferta a máscaras e álcool em gel

Kits de higiene

Doação de alimentos

Apoio ao cadastramento em programas sociais

Apoio a idosos e pessoas com dificuldade de locomoção para acesso à medicamentos e bens de consumo

Outra

34. Como você avalia seu engajamento nas ações voltadas à população em situação de vulnerabilidade no contexto de pandemia?

Estou pouco envolvido    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estou muito envolvido

**Eixo 3 - Vigilância em Saúde**

Essa terceira seção tem como objetivo conhecer sua atuação na vigilância em saúde do seu território no contexto de pandemia por COVID-19

35. Ao detectar um caso ativo de COVID-19 na comunidade, são realizadas medidas de orientação ao usuário, sua família e os contatos próximos do paciente infectado?

Sim, em todos os casos

Sim, quando é possível

Às vezes

Raramente

Não, nunca

36. Quais ações você e sua equipe realizam no tocante a educação em saúde sobre COVID-19? (permite mais de uma opção de resposta)

Sala de espera

Orientações nas consultas e atendimentos presenciais

Informações por meio remoto no contato com os usuários

Produção de materiais educativos pela equipe

Divulgação por redes sociais

Não são realizadas ações

Outra

37. Em que casos é realizada testagem para COVID na unidade? (marque as opções que condizem com a realidade na sua unidade)

A unidade não realiza essa testagem

Em casos moderados e graves que necessitam de encaminhamento

Em caso leves sob atenção da equipe

Em todos os casos suspeitos/sintomáticos

Em contatos próximos a casos confirmados, com sintomas

Em contatos próximos a casos confirmados, mesmo assintomáticos

38. Você tem desenvolvido ações de vigilância em saúde em articulação com a vigilância

epidemiológica e/ou sanitária?

Sim, sempre

Sim, com muita frequência

As vezes

Raramente

Não, nunca

39. Durante a pandemia, a sua equipe buscou-se articular com as lideranças comunitárias para ações de vigilância em saúde e enfrentamento da COVID-19?

Sim

Não

#### **Eixo 4 - Atenção aos usuários com COVID-19**

As perguntas a seguir têm como objetivo conhecer suas práticas em saúde na assistência a casos leves de COVID-19.

40. Você se sente familiarizado com os fluxogramas e protocolos da atenção básica para usuários com COVID-19?

Não estou familiarizado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sim, completamente

41. Quais os cuidados tomados com os casos de COVID-19 detectados na comunidade?  
(Considere o que acontece na maioria dos casos)

Recomendação de isolamento social do paciente

Rastreamento de pessoas que tiveram contato próximo

Classificação de risco (oximetria de pulso, frequência respiratória, pressão arterial)

Orientação aos moradores da mesma casa sobre isolamento

42. Você realiza monitoramento das condições clínicas para identificação precoce de sinais de agravamento de COVID-19?

Sim, sempre  
Sim, com muita frequência  
Às vezes  
Raramente  
Não, nunca

43. Você e sua equipe estão acompanhando casos de pessoas com sequelas decorrentes da COVID-19?

Sim, sempre  
Sim, com muita frequência  
Às vezes  
Raramente  
Não, nunca

### **Sessão final**

Agradecemos a você que respondeu até aqui. Nessa última página do questionário, selecionamos 2 questões abertas para que você fique à vontade para relatar com mais detalhes sua experiência de trabalho nesse período.

44. Quais aspectos positivos você identifica na sua atuação no contexto de pandemia?

45. Quais dificuldades você identifica na sua atuação no contexto de pandemia?