



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MEDICINA

CLARA SIMÕES PINTO BEZERRA

**ANÁLISE DO PERCURSO FEITO PELO PROFISSIONAL DE HOMECARE:
PERCEPÇÕES DO IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SUA PRÁTICA**

Salvador

2021

CLARA SIMÕES PINTO BEZERRA

**ANÁLISE DO PERCURSO FEITO PELO PROFISSIONAL DE HOMECARE:
PERCEPÇÕES DO IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SUA PRÁTICA**

Projeto de pesquisa para desenvolvimento de trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, pelo componente curricular Metodologia da Pesquisa II, como requisito de avaliação.

Orientadora: Dra. Iêda Maria Barbosa Aleluia

Salvador

2021

RESUMO

Introdução: O serviço de Assistência Domiciliar (AD) já data mais de 100 anos de instalação no Brasil, todavia sofreu diversas mudanças em seu formato, objetivo e regulamentação. Nos últimos 30 anos, estas mudanças foram mais expressivas e frequentes, devido à mudança da conformação etária da população e a crescente demanda e importância deste serviço. Atualmente, a Portaria que regulamenta o serviço de Homecare é a de número 825, de 25 de abril de 2016. Entretanto, apesar da regulamentação e delimitação atual, os profissionais enfrentam desafios diários e crescentes que abrangem desde as dificuldades intrínsecas à assistência a saúde até a falta de articulação com a rede de atenção e a multiplicidade de dinâmicas familiares. Tais desafios intensificam-se com o aumento da demanda por esse modelo de assistência e, atualmente, foi acrescido um novo e grande conjunto de dificuldades diante da realidade da pandemia de SARS-COV-2, que motivou a realização desta pesquisa. **Objetivo:** Investigar os impactos da pandemia do COVID-19 na prática do profissional que trabalha em Homecare. **Materiais e métodos:** O estudo possui caráter descritivo com abordagem qualitativa e utilizou-se de dois instrumentos: entrevista semiestruturada e aplicação de um questionário estruturado online contendo questões, abertas e fechadas, acerca da formação acadêmica e profissional dos participantes, informações sociodemográficas e os desafios que a pandemia de Covid-19 acrescentou em sua atuação profissional. A entrevista foi realizada individualmente com interlocução dos pesquisadores de maneira telepresencial. Para tratamento e análise dos dados, foi utilizada a análise de Bardin. **Resultados e discussão:** A partir dos dados colhidos e tratados com a análise de Bardin, foi possível elencar as seguintes categorias mais marcantes: desafios, EPI's, capacitação, ansiedade, queixas e cuidados. Diante dos relatos dos profissionais e das respostas dos questionários, tornaram-se notórios impactos diretos, como a crise de EPI's, aparecimento de sintomas psíquicos e o desejo de se afastar da profissão, e indiretos, como a queda na renda da população alvo do serviço, a evitação de exames e procedimentos, queixas prestadas pelos pacientes e, por fim, a queda na qualidade do serviço prestado. **Conclusão:** O estudo mostrou o impacto negativo da pandemia de SARS-COV-2 sobre o serviço de Homecare, que apesar de negado veementemente pelos profissionais atuantes, foi comprovado através dos relatos ansiosos, medo excessivo, dos relatos de pacientes queixosos da mudança negativa na qualidade do serviço e a forte crise de oferta e demanda de EPI's. Todavia, a despeito deste impacto negativo, os profissionais de saúde mantiveram-se em negação a respeito da queda na qualidade de seus serviços. Desta maneira, através deste estudo, também foi possível notar a forte semelhança entre os profissionais de saúde e o arquétipo do herói reforçado toda sociedade através do inconsciente coletivo, teorizado por Carl Jung.

Palavras-chave: Homecare. SARS-COV-2.

ABSTRACT

Introduction: HomeCare (HC) service installation in Brazil dates back over 100 years of, however it has gone through several changes in its format, objective and regulation. In the last 30 years, these changes have been more expressive and frequent, due to the rearrange in the population's age composition, the growing demand and importance of this service. Currently, the Ordinance that regulates the Homecare service is number 825, dated April 25, 2016. However, despite the current regulation and delimitation, professionals face daily and growing challenges ranging from the intrinsic difficulties in health care to the lack of articulation with the health network and the multiplicity of family dynamics. Such challenges are intensified by the increasing demand and, currently, a new and large set of difficulties has been added due to the SARS-COV-2 pandemic, which motivated this study. **Objective:** Investigate the impacts of COVID-19 pandemic on the practice of professionals working in Homecare. **Materials and methods:** The study has a descriptive character and qualitative approach. Two research instruments were used: semi-structured interviews and application of a structured online questionnaire containing questions about the academic and professional background of the participants, sociodemographic information and challenges the COVID-19 pandemic added to its professional performance. The interview was conducted individually with the researcher's interlocution via online meetings. For data treatment and analysis, Bardin analysis was used. **Results and discussion:** From the data collected and treated with Bardin's analysis, it was possible to list the following most outstanding categories: challenges, PPE's, training, anxiety, complaints and prophylaxis. Due to the professional's reports and the responses to the questionnaires, direct impacts became evident, such as the PPE crisis, the appearance of psychological symptoms and the desire to withdraw from the profession, and also indirect ones, such as the drop in income of the target population of the service, the avoidance of exams and procedures, complaints made by patients and, finally, the drop in the quality of the service provided. **Conclusion:** The study showed the negative impact of the SARS-COV-2 pandemic on the HomeCare service, which despite being vehemently denied by the working professionals, was proven through the anxious reports, excessive fear, the reports of patients complaining of the negative change in quality of service and the strong crisis of supply and demand for PPE's. However, despite this negative impact, health professionals remained in denial about the drop in the quality of their services. Thus, through this study, it was also possible to note the strong similarity between health professionals and the hero archetype reinforced by all society through the collective unconscious, theorized by Carl Jung.

Keywords: Homecare. SARS-COV-2.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
2.	OBJETIVO	8
3.	PRESSUPOSTO	8
4.	REVISÃO DE LITERATURA	9
4.1	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO BRASIL	9
4.2	MARCOS LEGISLATIVOS	10
4.3	RELAÇÃO OFERTA-DEMANDA	11
4.4	DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	12
5.	MATERIAIS E MÉTODOS	13
5.1	DESENHO DO ESTUDO	13
5.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	13
5.3	POPULAÇÃO/AMOSTRA	13
5.4	TAMANHO DA AMOSTRA NO BRASIL	13
5.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	14
5.6	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	14
5.7	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	14
5.8	PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA COLETA DE DADOS	14
5.9	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	15
5.10	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	15
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
7.	CONCLUSÃO	22
	REFERÊNCIAS.....	23
	APÊNDICE.....	25

1. INTRODUÇÃO

A gênese da Assistência Domiciliar (AD) no Brasil teve início em 1920, no formato de vigilância de doentes em suas casas, feita por enfermeiras visitadoras, como profilaxia da tuberculose¹. Todavia, desde a Idade Média os doentes que representavam um risco para a saúde da comunidade, eram isolados e recebiam cuidados longe da circulação do povo¹.

As visitas feitas pelas enfermeiras, eram uma atividade delicada, pois necessitavam da aceitação total do paciente, sem perder de vista o objetivo principal da visita, visto que por estar em sua própria casa este sente-se mais detentor do poder sobre si e a sua patologia. Dessa maneira, o atendimento domiciliar passou a ser considerado uma importante estratégia de manejo da saúde pública, especialmente no que tange ao controle, análise populacional e inspeção de epidemias como a de Tuberculose e Febre Amarela, através de medidas higienistas, passando então, a ser regulada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública¹.

Desde então, o serviço de Homecare (HC) vem crescendo no Brasil, especialmente após a década de 90, devido à mudança do perfil etário da população, o aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas e a necessidade de alternativas à hospitalização^{2,3,4}. Afinal, a expressiva maioria do público-alvo desse serviço é composta de pacientes idosos, principalmente do sexo feminino, que possuem patologias crônicas e necessitam de cuidados especiais⁴.

Atualmente, a Portaria que regulamenta o serviço de Homecare é a de número 825, de 25 de abril de 2016^{5,6}. Esta, delimita as diferentes modalidades de HC, caracteriza os objetivos deste serviço e determina a composição e as cargas horárias da equipe multiprofissional⁶.

Entretanto, apesar da regulamentação atual e bem delimitada, os profissionais que atuam na Assistência Domiciliar enfrentam desafios diários que abrangem desde as dificuldades intrínsecas à assistência a saúde até a falta de articulação com a rede de atenção e a multiplicidade de dinâmicas familiares⁵. Tais desafios apenas crescem com o aumento exponencial da demanda por esse modelo de assistência e, no

momento atual, foi acrescido um novo e grande conjunto de dificuldades diante da realidade da pandemia de COVID-19^{5,7}.

Afinal, diante do cenário pandêmico, foi acrescido à dinâmica dos profissionais de saúde não só o medo de se contaminar, levar o vírus para casa ou para seus pacientes já debilitados, mas também o estresse psicológico causado pelo isolamento social, dificuldades financeiras pelo forte impacto na economia nacional, sem contar com o possível abalo emocional pela perda de entes queridos⁸. Desta maneira, os profissionais que prestam Assistência Domiciliar tiveram de multiplicar os seus cuidados com higiene, uso e manuseio de EPI's (Equipamentos de Proteção Individual) além de manter uma distância segura de seus pacientes e dos familiares destes sem, todavia, perder qualidade do serviço prestado^{8,9}.

Tais impactos diretos e indiretos da pandemia de SARS-COV-2 na Assistência Domiciliar, acrescidos à carência de produção científica voltada para o profissional atuante nesta área motivaram a realização desta pesquisa. A partir disto, o estudo busca contribuir com a mobilização da comunidade científica para o cuidado com o profissional de saúde, visto que seu bem-estar individual e a qualidade do seu ambiente de trabalho são essenciais para a eficácia e qualidade da prestação de seus serviços à sociedade.

2. OBJETIVO

Investigar os impactos da pandemia do COVID-19 na prática do profissional que trabalha em Homecare.

3. PRESSUPOSTO

Os profissionais de saúde atuantes em Homecare sofreram impactos diretos e indiretos na sua atuação profissional causados pela pandemia de COVID-19, aumentando a dificuldade da sua prática.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Assistência Domiciliar No Brasil

O primeiro contato do Brasil com a Assistência Domiciliar foi no início do século XX, durante a epidemia de Tuberculose e Febre Amarela, quando foram necessárias medidas higienistas para o controle, análise populacional e inspeção^{1,7}. Esse controle era feito através de Enfermeiras Visitadoras, que adentravam os domicílios de forma parcimoniosa, a fim de obterem efetividade e serem aceitas pelo doente, configurando também relações de poder^{1,7}. Tal vigilância passou a ser regulada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, com as regras do Serviço de Profilaxia da Tuberculose, configurando o princípio da Atenção Domiciliária no Brasil, desde então, este serviço passou por diversos marcos legislativos e reformulações até alcançar o modelo atual^{1,5}.

A modalidade de Assistência Domiciliar tem crescido e se estruturado progressivamente, sendo uma estratégia de descentralização do cuidado, visto que este é centrado nos grandes hospitais⁷. Assim, o surgimento da AD caminhou contra a corrente ao buscar a desospitalização de pacientes que, apesar de necessitarem de cuidados especiais e continuados, não requerem a infraestrutura hospitalar, liberando leitos, reduzindo os altos custos de internação e corroborando com a desobstrução do sistema de saúde, especialmente o público^{4,5,7}.

Todavia, a estratégia de Atenção Domiciliar e o investimento nela não têm o propósito de substituir os grandes centros hospitalares, mas sim de otimizar os serviços de atenção à saúde, como supracitado, servindo de estratégia complementar^{5,7}. Dessa maneira, o Programa de Internação Domiciliar (PID) têm se mostrado eficaz e de alta resolutividade, visto que o Brasil e o mundo passam por uma importante transição sociodemográfica na qual há o aumento da expectativa de vida e, portanto, aumento da população idosa^{2,3,5}.

Diante disso, têm-se que o domicílio é um espaço singular, sendo o local preferido dos pacientes para receber cuidados paliativos, que pode contribuir para a reestruturação das relações entre o paciente os cuidadores e a equipe de saúde, formando uma rede de cuidados que contribui com a integralidade e continuidade da

assistência à saúde^{5,8}. No entanto, ainda há desafios a serem superados para alcançar a real integralidade do cuidado, visto que a AD sofre com dificuldade de articulação com os demais serviços de saúde da rede pública, especialmente com a Atenção Básica (AB)⁵.

4.2 Marcos Legislativos

A regulamentação da Assistência Domiciliar no Brasil teve início em 1990, quando foi reconhecida a transição sociodemográfica que o país estava passando^{2,3}. No entanto, apenas em 1998 foi lançada a primeira portaria, responsável por credenciar Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação geriátrica em hospital-dia, a Portaria No 2.414^{7,10}. A integração efetiva do Atendimento e Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) só ocorreu em 2002, quando o Ministério da Saúde sancionou a Lei No 10.424, que promoveu uma adição à Lei Federal nº 8.080/90 e garantiu o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais que regem o SUS^{7,11}.

No ano de 2006, houve dois marcos legislativos importantes. O primeiro foi a definição do Regulamento Técnico para o adequado funcionamento dos Serviços Atenção Domiciliar (SAD), nos formatos de assistência e internação, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da Resolução da Diretoria Colegiada No 11^{5,12}, garantindo a fiscalização e o gerenciamento adequado. O segundo marco foi a Portaria nº 2.529, que definiu a AD como “conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim”¹³.

Todavia, em 2011 a Portaria nº 2.529 de 2006 foi revogada através da instituição da Portaria nº 2.029, que tornou a Atenção Domiciliar uma modalidade de atenção à saúde, criou o Programa Melhor em Casa e estabeleceu a participação do gestor federal no financiamento dos serviços, sendo essencial para a ampliação da AD no Brasil^{5,14}.

A portaria mais atual e que está em vigor é a Portaria no 825, de 2016, que redefine a AD no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas ao SAD^{5,6}. Assim, a AD é definida por esta portaria como “modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS)”^{5,6}. Concomitantemente, sua equipe foi dividida em dois grupos: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

4.3 Relação Oferta-Demanda

A população brasileira tem passado por um processo de envelhecimento, pelo aumento da expectativa de vida. Este fato aumenta a prevalência de doenças crônico-degenerativas, muito comuns na faixa etária mais idosa, e conseqüentemente aumenta a demanda da Assistência Domiciliar e exige estratégias de cuidado continuado, especialmente pela maior dificuldade de locomoção natural do envelhecer^{4,7}.

No Brasil, existe um déficit generalizado na oferta de serviços de Assistência Domiciliar, mesmo após a implementação destas políticas no SUS, o serviço ainda não é capaz de suprir às demandas da população, que aumentam a cada dia^{5,7}. Tal fator torna-se evidente, em especial, na oferta de cuidados paliativos que é extremamente reduzida, apesar de as neoplasias serem a segunda maior causa de morte no país^{7,8}.

A lacuna entre a oferta e a demanda de serviços de AD torna-se maior em casos de pacientes que moram em locais precários e possuem grandes dificuldades financeiras, devido à inviabilidade de adotar os protocolos adequados⁷. Além destes fatores, há também um déficit na quantidade de profissionais atuantes nessa área, evidenciando a necessidade de formar mais indivíduos para atender a demanda crescente de cuidadores⁷. Ademais, ainda no âmbito desta lacuna, a pandemia de COVID-19 aumentou exponencialmente a necessidade de cuidados paliativos e continuados, todavia, a disponibilidade se mantém a mesma, aumentando significativamente o déficit⁸.

4.4 Desafios Da Assistência Domiciliar

A Assistência Domiciliar está inclusa na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, garantindo o cumprimento dos seus princípios e diretrizes, todavia, a gestão dessa modalidade de cuidado não é fácil, visto que o deslocamento da assistência para o domicílio gera maior complexidade para manter o sistema de saúde integrado¹⁵. Dessa maneira, os maiores desafios inerentes a AD são consequências da falta de integração e articulação com o restante da rede de cuidado^{5,15}. Além destes desafios supracitados, há outros mais intuitivos e diretamente relacionados com a prática do profissional de saúde sendo estes decorrentes da grande variedade de formatos e dinâmicas familiares⁵. Apesar da complexidade da atuação no território domiciliar, este modelo de cuidado é fundamental e deve articular-se com diversos níveis de atenção, diante do seu potencial complementar e, muitas vezes, até substitutivo à internação hospitalar, ajudando na racionalização de leitos e custos^{4,5}.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho Do Estudo

Trata-se do recorte de uma pesquisa intitulada “Análise Do Percurso Feito Pelo Profissional De Homecare”, que teve como objetivo geral investigar os impactos da pandemia do COVID-19 na prática do profissional que trabalha em Homecare. O estudo possui caráter descritivo com abordagem qualitativa.

5.2 Local E Período Do Estudo

Os pesquisadores realizaram o estudo em uma empresa privada que presta serviços de assistência domiciliar em saúde na cidade de Salvador-BA, no período de setembro a novembro de 2020.

5.3 População/Amostra

A população do estudo envolveu os profissionais de saúde que trabalham no serviço de Homecare da empresa QualiVida, sejam eles diretamente contratados por ela, ou advindos de uma terceirizada.

5.4 Tamanho Da Amostra No Brasil

A empresa conta com 07 médicos que prestam serviço como visitantes e/ou plantonistas, 06 enfermeiros que fazem a visita domiciliar, 01 assistente social e 01 psicóloga. Quanto a fisioterapia e fonoaudiologia, os profissionais da área estão ligados a terceirizadas que prestam serviço à QualiVida. Foi solicitado o contato de, no mínimo, 07 profissionais de cada cooperativa. O tamanho da amostra dependeu, todavia, da acessibilidade aos profissionais, disponibilidade destes e do critério de saturação de respostas, adotado pelos pesquisadores.

5.5 Critérios De Inclusão

Os critérios de inclusão adotados são profissionais da área de saúde com graduação em enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social ou medicina, que atualmente prestam serviço na atividade de assistência domiciliar na empresa supramencionada e com tempo mínimo de seis meses de experiência no serviço.

5.6 Critério De Exclusão

Os critérios de exclusão adotados são profissionais que não aceitaram assinar o TCLE ou que estavam cumprindo férias no período da coleta de dados. Aqueles que não aceitaram o convite para participar do projeto, mesmo após dois contatos, também foram excluídos da amostra.

5.7 Instrumento De Coleta De Dados

A pesquisa utilizou-se de dois instrumentos: entrevista semiestruturada e aplicação de um questionário estruturado contendo questões, abertas e fechadas, acerca da formação acadêmica e profissional dos participantes, informações sociodemográficas e os desafios que a pandemia de Covid-19 acrescentou em sua atuação profissional (APÊNDICE A). A entrevista foi realizada individualmente com interlocução dos pesquisadores, por via remota e online, através de aplicativo/plataforma gratuita (Google Meets), sendo gravada por áudio e transcrita. O questionário e o roteiro da entrevista foram confeccionados tendo como base as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, além dos trabalhos de Pinheiro et al., Costa Neto et al, e Coelho et al..

5.8 Procedimentos Adotados Na Coleta De Dados

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por e-mail/ WhatsApp. No convite já está disponibilizado um link do Formulário Google (do Google Drive) com o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o questionário autoaplicável. Os participantes não tiveram limite de tempo para responder as questões. Depois de devidamente preenchidos, houve o sorteio de 02 profissionais de cada classe (exceto a psicologia e serviço social, pois a empresa possui apenas 01 profissional de cada área) para participar de uma entrevista online pela plataforma Google Meets com os pesquisadores, a fim de aprofundar as respostas previamente dadas no questionário, para tal foi combinado um dia e horário, no qual todos tenham disponibilidade e concordem, para realização das entrevistas. As entrevistas foram registradas com gravador de voz, possibilitando registro fidedigno dos dados, que posteriormente foram transcritos para análise de dados, juntamente com os questionários, que ficarão disponíveis na plataforma do Formulário Google.

5.9 Tratamento E Análise De Dados

No tratamento e análise dos dados, os pesquisadores utilizaram a análise de Bardin que consiste em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Na primeira etapa foi realizada através de uma visão geral dos dados colhidos, formulando hipóteses com base nesse material. A segunda etapa, por sua vez, aconteceu a verdadeira análise dos dados, quando unidades de registro são agrupadas em categorias, emergidas do conteúdo das falas dos participantes, estabelecidas pelos pesquisadores. A terceira e última etapa aconteceu a interpretação dos dados através de uma interferência controlada, visando buscar correlações entre os resultados obtidos com os objetivos da pesquisa.

5.10 Aspectos Éticos Da Pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, com CAAE de número 34936720.5.0000.5544. Os aspectos éticos foram embasados conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2014), que regulamenta pesquisas com envolvimento de seres humanos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante das Unidade de Registro – UR (falas) comuns foram eleitas algumas categorias a partir das respostas obtidas, especialmente no que tange aos desafios e a sintomas psicológicos que surgiram após o início da pandemia, que constam no Quadro 1.

Quadro 1 – UR Distribuídas por Categorias Eleitas, set-nov de 2020. Salvador Bahia.

Categorias	Unidades de Registro
Desafios	"Casos mais graves e pacientes mais exigentes" En1
	"Dificuldade na avaliação presencial pela necessidade de isolamento social" En4
	"Perdi muitos pacientes e amigos" Me3
	"Dificuldade do profissional fisioterapeuta para manter distância segura do paciente" Fi1
EPI's	"Os pacientes tinham falta de cuidado com os EPI's" En4
	"Usamos EPI's de maior qualidade e durabilidade" Me3
	"Crise de falta de EPI's e o custo alto" En1
Capacitação	"As empresas terceirizadas capacitaram seus profissionais" En1
	"Teve capacitação, mas não para todo mundo" Fi1
	"Capacitação de biossegurança e manejo do paciente" Fo2
	"Cuidados com higiene, modo de paramentação correta" Me1
Ansiedade	"Fico com medo de me contaminar, estou protegida só pela máscara" Fi3
	"... cheguei a perder 6Kgs sem fazer dieta" En1
	"... crises de ansiedade e de pânico, ficava com falta de ar ..." En1

Quadro 1 – UR Distribuídas por Categorias Eleitas, set-nov de 2020. Salvador Bahia. – Continuação

Categorias	Unidades de Registro
Queixas	"Não estão aceitando a rotatividade dos profissionais" Fi1
	"Atendimento ambulatorial interrompido" En1
Cuidados	"... tive que parar de pegar uber e ônibus" Fi3
	"Testaram todo mundo que tinha sintomas ou que teve contato com alguém" En1
	"Higienização das mãos com mais frequência, evitar o contato físico, uso de EPI, trabalho de home office" Me3
	"EPI's adequados e em uso contínuo, além de cuidados com higiene manual em uso de álcool gel e equipamentos quando necessário" En1
	"deixei de dar plantão em UTI" En4

Os participantes da pesquisa são profissionais da saúde de diversas áreas e com diferentes qualificações, sendo 3 enfermeiros, 4 fisioterapeutas, 4 fonoaudiólogos e 4 médicos, como descrito no Quadro 2. A fim de preservar a identidade destes, facilitar a compreensão dos dados coletados e mantê-los fidedignos, as pesquisadoras utilizaram-se das duas primeiras letras da área de graduação e um número para referir-se a cada um dos profissionais, de maneira que o 3º enfermeiro a participar da pesquisa será chamado de En3, por exemplo.

Quadro 2 – Participantes da pesquisa e suas qualificações profissionais, set-nov de 2020. Salvador Bahia.

Idade:	Sexo:	Área de graduação:	Tempo de graduação:	Realizou pós-graduação?	Se sim, qual?
26	Feminino	Enfermagem	5 anos	Sim	Emergência e UTI
30	Feminino	Enfermagem	5 anos	Sim	Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente
33	Feminino	Enfermagem	10 anos	Sim	Uti, Centro Cirúrgico e Saúde da Família

Quadro 2 – Participantes da pesquisa e suas qualificações profissionais, set-nov de 2020. Salvador Bahia. - Continuação

37	Masculino	Fisioterapia	5 anos	Sim	Fisioterapia hospitalar
30	Masculino	Fisioterapia	5 anos	Sim	Cardiorrespiratória
28	Feminino	Fisioterapia	6 anos	Sim	Ortopedia e traumatologia
23	Masculino	Fisioterapia	4 anos	Sim	Especialização em fisioterapia hospitalar e terapia intensiva
26	Feminino	Fonoaudiologia	5 anos	Sim	Cuidados paliativos e fonoaudiologia em âmbito hospitalar
28	Feminino	Fonoaudiologia	5 anos	Não	-
30	Feminino	Fonoaudiologia	5 anos	Não	-
33	Feminino	Fonoaudiologia	5 anos	Sim	Disfagia
46	Masculino	Medicina	22 anos	Sim	Clínica Médica, Geriatria e Gerontologia com especialização em acupuntura
31	Feminino	Medicina	5 anos	Sim	Geriatria
47	Masculino	Medicina	23 anos	Sim	Cardiologia
35	Masculino	Medicina	6 anos	Sim	Clínica Médica e Geriatria

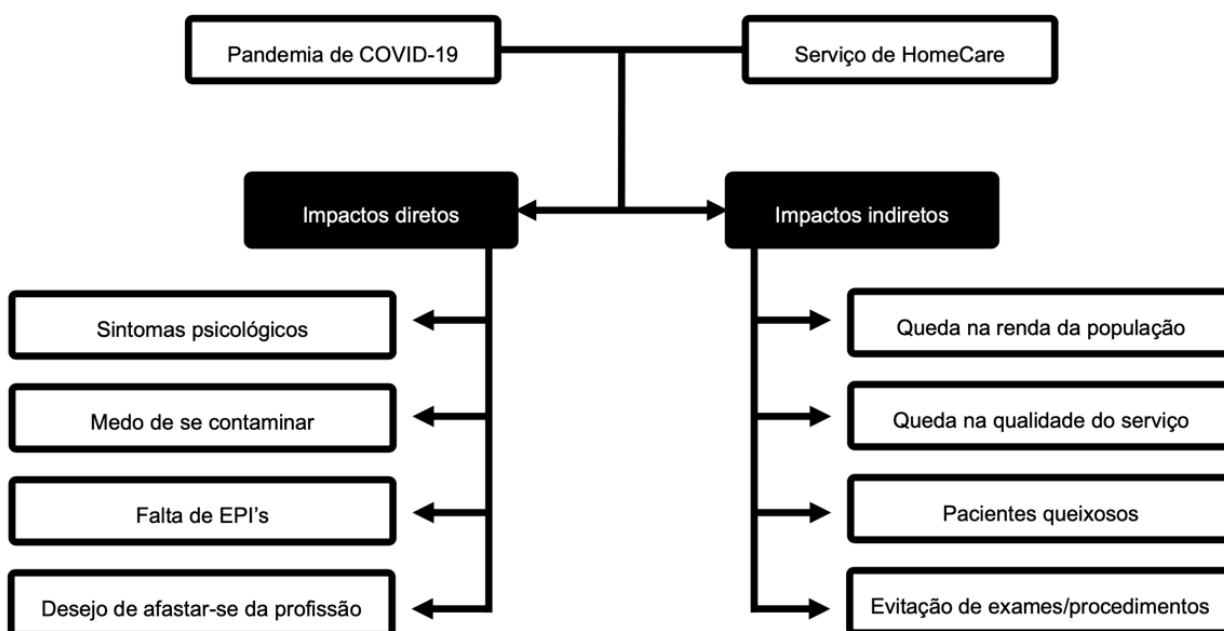
Os dados obtidos pelos pesquisadores, foram submetidos à análise temática de Bardin, e demonstraram importante incongruência nas respostas dadas pelos profissionais¹⁶. Afinal, estes negaram possíveis impactos da pandemia de COVID-19 em sua atuação profissional, todavia, quando foram questionados diretamente a respeito de pontos-chave, surgiram questões que comprovam o impacto nas atividades realizadas por esses profissionais.

Tal incongruência mostra-se presente no questionário, por exemplo, quando 93,3% dos profissionais negaram qualquer queda de qualidade em sua atuação profissional, todavia, no mesmo questionário, 60% afirmou ter evitado realizar alguns procedimentos e até exames nos seus pacientes. Além disto, 40% afirmaram ter recebido queixas de seus pacientes a respeito da qualidade dos serviços prestados, fortalecendo a incongruência das respostas. Esta ausência de conformidade nos

relatos retrata um processo de negação, no qual os profissionais não conseguem enxergar ou aceitar que, diante do cenário pandêmico, a qualidade de seus serviços foi afetada negativamente.

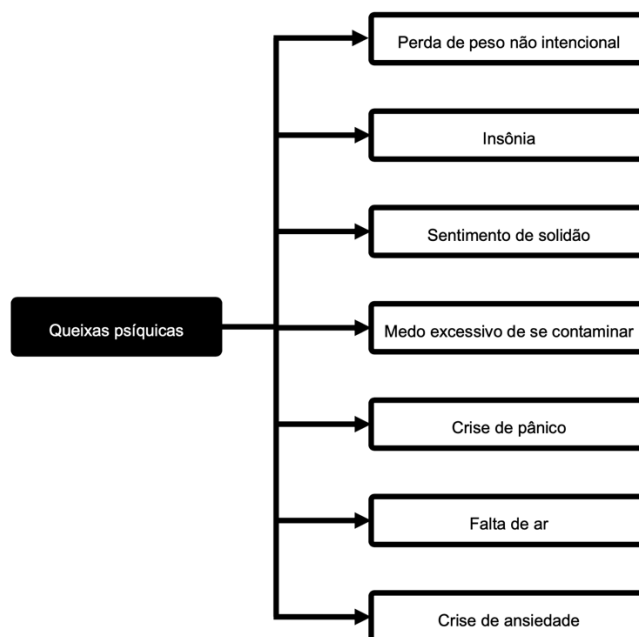
É notório que a pandemia de COVID-19 trouxe desafios intrínsecos ao processo de combate ao vírus, afetando direta e indiretamente a atuação dos profissionais de saúde, especialmente aqueles que trabalham no serviço de HC, como a maior necessidade do uso de EPI's e distanciamento social, dentre diversas outras linhas de impacto ao serviço demonstrados na Figura 1.

Figura 1 – Impactos diretos e indiretos, out de 2021. Salvador Bahia



Todavia estes não são os únicos impactos da atuação desses profissionais, visto que muitos deles queixaram-se de sintomas psíquicos que não existiam antes, como sintomas ansiosos, insônia, crises de pânico e perda ponderal não intencional, assim como mostra a Figura 2 e o Quadro 1, que afetam diretamente a qualidade de vida do profissional e, então, afetam indiretamente sua atuação profissional, especialmente se esta está regada de medo e novos desafios como fora relatado pelos entrevistados. Demonstrando, mais uma vez, o forte impacto negativo da pandemia no serviço de HC.

Figura 2 – Queixas psíquicas relatadas pelos profissionais, out de 2021. Salvador Bahia



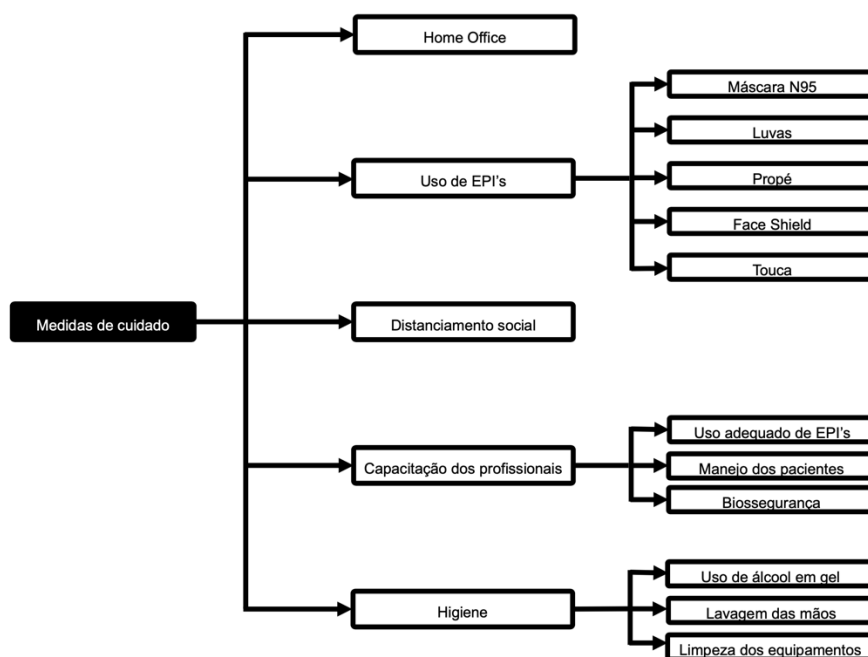
As mídias sociais e a imprensa alimentaram a falsa e danosa heroicização dos profissionais de saúde, que já é intrínseca ao ser humano como mostra Joseph Campbell em “O Herói de mil faces”¹⁷. Este fator, especialmente presente nos primeiros meses de pandemia, é capaz de potencializar o processo de negação, pois os profissionais sentem-se na falsa obrigação de serem inabaláveis e de se manterem na posição de heróis da população, agravando o cenário e reduzindo as chances de busca por suporte psicológico.

O herói é um dos arquétipos teorizados por Carl G. Jung, em “Os arquétipos e o inconsciente coletivo”¹⁷. A fim de ocupar tal figura, o homem deve satisfazer os pré-requisitos presentes no inconsciente coletivo para superar o desafio a ele imposto. Esta heroicização se confirma novamente com a posição e a atitude do profissional de saúde diante do cenário pandêmico, que se assemelha com o esquema discutido por Campbell, onde a chegada da pandemia ocupa o lugar de grande desafio a ser vencido^{17,18}.

Além de todas estas dificuldades acrescidas ao serviço de HC, há as medidas profiláticas que tiveram de ser tomadas por todos os profissionais, inclusive aqueles que não atuam no HC, a fim de não contaminar seu paciente e não ser contaminado

por ele, como mostra a Figura 3 e o Quadro 1. Dentre estas, a que refletiu num maior impacto foi a maior necessidade de uso dos EPI's, pois diante da alta demanda de caráter mundial, estabeleceu-se uma crise de falta de insumos e aumento expressivo no preço cobrado. Apesar da emergência e do forte impacto desta crise de EPI's, não foi encontrado suporte na literatura científica para discutir tal fato.

Figura 3 – Medidas de prevenção adotadas pelos profissionais, out de 2021. Salvador Bahia



7. CONCLUSÃO

O estudo foi capaz de mostrar o forte impacto negativo da pandemia de SARS-COV-2 sobre o serviço de Homecare. Impacto este, comprovado através dos inúmeros relatos de profissionais com queixas de sintomas psíquicos inexistentes anteriormente e queixas dos pacientes por eles assistidos, a respeito da mudança negativa na qualidade do serviço. Além destas repercussões, há também a forte crise de oferta e demanda de EPI's, que, apesar da falta de literatura científica a este respeito, foi percebida a nível mundial e veiculada através das mídias sociais.

Todavia, a despeito deste impacto negativo, os profissionais de saúde mantiveram-se num estado de negação no qual afirmaram veementemente que não houve queda na qualidade de seus serviços prestados. Desta maneira, este estudo permite notar que o arquétipo do herói, teorizado por Carl Jung, se reflete nos profissionais de saúde e se reforça pela sociedade através do inconsciente coletivo.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira SG, Kruse MHL. Gênese da atenção domiciliar no Brasil no início do século XX. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(2):1–9.
2. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Cien Saude Colet.* 2008;13(5):1511–20.
3. Giacomelli G, Chiapinoto F, Marion Filho P. Sistema de saúde suplementar brasileiro e transição demográfica: crescimento e perfil etário. *J Bras Econ da Saúde.* 2017;9(3):242–8.
4. Martelli DRB, Silva MS da, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2011;21(1):147–57.
5. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL da, Santos ML de M dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate.* 2019;43(121):592–604.
6. Gerais D, Indicação DA, Da EO, Domiciliar A, Atenção II, Ad D, et al. Ministério da Saúde. 2016;
7. Braga PP, de Sena RR, Seixas CT, de Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Cienc e Saude Coletiva.* 2016;21(3):903–12.
8. Page N, Naik V, Singh P, Fernandes P, Nirabhawane V, Chaudhari S. Homecare and the COVID-19 pandemic - Experience at an urban specialist cancer palliative center. *Indian J Palliat Care.* 2020;26(5):S63–9.
9. Lacerda MR, Tonin L, Hermann AP, Caceres NT de G. Recomendações Em Tempos De Covid-19: Um Olhar Para O Cuidado Domiciliar. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):1–13.
10. Decreto-Lei n.º 65/98 de 17 de Março. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 64/1998, Série I-A 1998-03-17 [Internet]. 1998;1131–3. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html %0Ahttps://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/1998/03/17/p/dre/pt/html
11. Civil C. Presidência da República. 2002;2002.
12. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N.º 11 de 26 de janeiro de 2006. 2006;2–7.
13. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Diário da República n.º 29/2011, Série

- I 2011-02-10 [Internet]. 2011;716–23. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/280268/details/normal?q=decreto-lei+22%2F2011>
14. N° P, De DEDEA. Ministério da Saúde. 2011;2011.
 15. Castro EAB de, Leone DRR, Santos CM Dos, Neta F das CCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gauch Enferm*. 2018;39(1):e2016–e2012.
 16. Santos FM. Resenha ANÁLISE DE CONTEÚDO: A VISÃO DE LAURENCE BARDIN. *Rev Eletrônica Educ* [Internet]. 2012;6(1):383–7. Available from: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156>
 17. Moreira H. O mito do conceito : Revisão. 2006;(2007):1–6.
 18. Smith MC, Associate I. Health , Healing , and the Myth of the. 2002;24(4):1–13.

APÊNDICE

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), jul de 2020. Salvador Bahia

Você está sendo convidado(a) a participar da seguinte pesquisa: “Análise do percurso feito pelo profissional de saúde até a sua vinculação ao Homecare”, com o objetivo de analisar, na ótica do profissional de saúde atuante em Homecare (HC), a trajetória feita, desde a graduação em ensino superior, até a vinculação a esse serviço, buscando entender a sua percepção sobre o caminho percorrido e o saber construído, além do impacto da pandemia do Covid-19 na sua prática profissional.

Antes de decidir sobre este convite, é importante que você entenda os motivos desta pesquisa. Leia com atenção todas as informações abaixo, caso tenha alguma dúvida, sinta-se à vontade para perguntar ao pesquisador no momento da leitura. Sua participação no estudo não é obrigatória. Caso concorde em participar, ao responder o questionário você assumirá automaticamente a concordância com esse TCLE. Você poderá negar-se a participar ou retirar-se deste estudo em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A pesquisa será realizada com profissionais da área de saúde com graduação em enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia atualmente atuantes na atividade de Assistência Domiciliar na empresa QualiVida Atendimento de Saúde em Salvador, Bahia. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: autoaplicação de um questionário e participação de uma entrevista individual com o pesquisador. O questionário será dividido em 3 partes, sendo a primeira delas formada por 6 questões, abertas e fechadas, acerca da formação acadêmica e profissional dos participantes, e informações sociodemográficas; a segunda parte é composta por 20 questões, abertas e fechadas, sobre a trajetória prévia do profissional até sua vinculação ao HC e como isso influenciou sua atuação (Como você conheceu o serviço de HC? Você considera que os conteúdos fornecidos em sua graduação foram suficientes para a atuação em HC? Você trabalhou em outros serviços antes de ingressar no HC? Se sim, você considera que as experiências prévias foram importantes para a atuação em serviço de HC?); e a terceira parte composta por 12 questões referentes aos desafios enfrentados pelos profissionais durante a pandemia do COVID-19 (Você acha que a pandemia do COVID-19 interferiu

na sua atuação profissional? Você percebeu alguma mudança na procura pelos serviços em HC durante o isolamento social? Você recebeu alguma capacitação extra para prestar atendimentos durante a pandemia?). Os profissionais participantes não terão limite de tempo para responder as questões e os questionários ficarão disponíveis na plataforma do Formulário Google para posteriores análises. Depois das questões devidamente preenchidas, haverá um sorteio para participar de uma entrevista online, através de aplicativo/plataforma gratuita (WhatsApp ou Google Meets) com os pesquisadores, para aprofundar as respostas dadas no questionário, e para isso será combinado dia e horário para realização. As entrevistas serão registradas com gravador de voz ou filmagens possibilitando registro fidedigno dos dados, os quais posteriormente serão transcritos para análise.

O estudo utilizará como recurso para obter as informações desejadas uma entrevista semiestruturada e um questionário estruturado pelos pesquisadores - baseado nas referências encontradas na literatura – e confeccionados tendo como base as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes serão convidados a participar da pesquisa por e-mail/WhatsApp. No convite já será disponibilizado um link do Formulário Google (do Google Drive) com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário autoaplicável. Os pesquisadores se manterão neutros e imparciais para assegurar que não haverá interferências.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar ou desistir da sua participação a qualquer momento, sem que isto acarrete ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Sabe-se que toda pesquisa envolve riscos para os participantes já que alguns indivíduos podem se sentir pressionados ou constrangidos em responder algumas questões de foro íntimo ou ainda tenham algum receio de ter suas informações divulgadas. No entanto, toda precaução será tomada para respeitar a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações. Os pesquisadores darão todas as informações, esclarecerão todas as dúvidas referentes à pesquisa e darão o acolhimento necessário para os participantes. Os questionários não serão

identificados, serão respondidos individualmente pelos participantes através do Formulário Google, e os dados coletados, assim como as gravações em áudio ou vídeo feitas das entrevistas daqueles que venham a ser sorteados, serão armazenados em banco digital que ficará sob a responsabilidade do professor orientador, por um período de 05 anos, após esse tempo o material será deletado do computador sem cópia do arquivo, preservando assim, seus direitos éticos e bioéticos, atendendo às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum participante será obrigado a responder o questionário, participar da entrevista e responder o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado, estando o participante livre para concordar ou não com a pesquisa. Além disso, não serão divulgados os dados que identifiquem os mesmos e possam, com isso, causar constrangimento aos sujeitos da pesquisa, ou algum sentimento indesejado. Por se tratar de uma pesquisa online, o TCLE está disponível no mesmo link que o questionário e, caso o sujeito concorde em participar da pesquisa, deverá clicar no campo onde confirma ter lido e aceito os termos contidos nesse documento. Não há nenhum incentivo monetário para participar da pesquisa, e o participante poderá se desligar a qualquer momento sem ônus para ele.

Os benefícios para os participantes são indiretos, pois se relacionam a uma melhor organização dos serviços de Atenção Domiciliar nos quais atuam, a partir do entendimento acerca do trajeto e qualificação dos profissionais vinculados a essa atividade. Esse conhecimento uma vez divulgado à comunidade científica somará ao estudo dessa especialidade, além de estimular novas pesquisas na área.

Você não fará e nem receberá pagamento por sua participação no estudo. Caso tenha alguma reclamação a fazer, você poderá procurar o pesquisador principal, Dra. Iêda Aleluia, professora adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Caso seja identificado qualquer efeito adverso, mesmo que mínimo, serão de inteira responsabilidade do pesquisador responsável e você poderá ser indenizado em caso de danos causados pela pesquisa.

Seu consentimento em participar deste estudo permitirá ao pesquisador coletar dados sobre sua formação. Estes dados poderão ser publicados em revistas médicas, mas sem registrar seu nome, iniciais do seu nome ou seu endereço, e você poderá ter

acesso a estas informações. Qualquer dúvida ou denúncia, o participante deverá procurar o CEP da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. Ao lado do Salvador Card. Salvador-BA. CEP: 40.285-001. TEL: (71) 2101-1921

Pesquisadora principal: Iêda Maria Barbosa Aleluia, e-mail: iedaleluia@bahiana.edu.br; celular: (71) 98805-4525

Pesquisadora adjunta: Christine Carvalho de Almeida, e-mail: christinealmeida17.2@bahiana.edu.br; celular: (71) 99984-1244;

Pesquisadora adjunta: Clara Simões Pinto Bezerra, e-mail: clarabezerra18.1@bahiana.edu.br; celular: (71) 98163-3101

Apêndice B – Respostas Colhidas em Questionário Online, set-nov de 2020. Salvador Bahia

1) Você acha que a pandemia de COVID-19 interferiu na sua atuação profissional?	Sim	14
	Não	1
1.1) Se sim, interferiu na sua atuação em HC ou em outros serviços prestados?	Não atuo em outros serviços	2
	Não, em todos os serviços que presto	10
	Sim, apenas na minha atuação em Homecare	3
2) Você acha que o cenário pandêmico diminuiu a qualidade da sua atuação profissional?	Sim	1
	Não	14
2.1) Se sim, a que você atribui essa diminuição de qualidade?	Por necessidade do aumento de pacientes para recuperar o impacto financeiro.	
3) Algum paciente queixou-se da qualidade dos serviços prestados durante a pandemia?	Sim	6
	Não	9

Apêndice B – Respostas Colhidas em Questionário Online, set-nov de 2020.
Salvador Bahia - Continuação

3.1) Se sim, qual foi o teor da queixa?	Relacionado aos EPI's, demanda maior de solicitação de uso adequado pelos profissionais no domicílio.	
	Ausência do profissional	
	Não estão aceitando a rotatividade dos profissionais	
	Atendimento ambulatorial interrompido	
	Dificuldade na avaliação presencial pela necessidade de isolamento social	
4) Você percebeu alguma mudança na procura pelos serviços em Homecare durante o isolamento social?	Sim, tive menos demanda	7
	Sim, tive mais demanda	8
	Não	-
5) Você recebeu alguma capacitação extra para prestar atendimentos durante a pandemia?	Sim	8
	Não	7
5.1) Se sim, qual foi o principal objetivo da capacitação?	Medidas preventivas e conhecimento necessário para orientar as famílias assistidas pelo serviço.	
	Capacitação de utilização de EPI's	
	Cuidados com higiene, modo de paramentação correta	
	Proteção da equipe e pacientes	
6) Você, ou a empresa para quem trabalha, teve aumento de custos com EPI's e/ou capacitação de funcionários?	Sim	14
	Não	1

Apêndice B – Respostas Colhidas em Questionário Online, set-nov de 2020.
Salvador Bahia - Continuação

6.1) Se sim, esse custo foi repassado aos pacientes?	Sim, foi adicionado ao valor final	1
	Sim, foi adicionado como taxa extra	-
	Não	12
7) Você teve medo de contaminar ou ser contaminado por um paciente?	Sim	14
	Não	1
7.1) Se sim, isso te fez evitar algum tipo de exame/procedimento com seus pacientes?	Sim	9
	Não	5
8) Você sentiu vontade de afastar-se da profissão durante o cenário da pandemia?	Sim, tive vontade e me afastei	2
	Sim, tive vontade, mas não me afastei	8
	Não	5
9) Quais cuidados extras você precisou tomar diante do cenário pandêmico?	Higienização das mãos com mais frequência	
	Trabalhar em Home office	
	Uso maior de álcool em gel, uso de face shield e máscara NR95.	
	Utilização adequada dos EPI'S	
	EPI's adequados e em uso contínuo, além de cuidados com higiene manual em uso de álcool gel e equipamentos quando necessário.	
	Redução de contato físico	
	Aumentar os cuidados com a higienização de materiais usados, uso de máscaras N95, uso de avental.	
	Uso de propé, touca e máscara	
	As medidas habituais de higiene e isolamento social mais um cuidado extra na segurança durante a assistência	
	Deixei de dar plantão em UTI	

Apêndice B – Respostas Colhidas em Questionário Online, set-nov de 2020.
Salvador Bahia - Continuação

10) Você sente que lidou bem com os desafios que a pandemia acrescentou à sua atuação profissional?	Sim	15
	Não	0
10.1) Se não, o que poderia ter sido diferente?	-	
11) Você acha que seria importante ter acompanhamento psicológico realizado por um profissional durante a pandemia?	Sim	11
	Não	4
12) Você teve esse acompanhamento?	Sim, financiado pela empresa em que trabalho	2
	Não	13