



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 7, Supl. 1 (2021).

O território CONVIDA a reexistir: ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece

DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3356g671

RELATO DE EXPERIÊNCIA

(Capa: Márcio Mariath Belloc)

A (Re)Organização da Atenção Primária à Saúde e a Longitudinalidade do Cuidado: Experiências sobre os Revérberos da Pandemia Covid-19 ao Serviço

The (Re)Organization of Primary Health Care and The Longitudinality of Care: Experiences About the Pandemic Cover-19 Publishers in Service

Isabela Santos Sousa

ORCID: 0000-0002-4914-9127

Enfermeira Sanitarista. Mestranda em Enfermagem. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Estadual de Santa Cruz.

Neila Pierote Gaspar Nascimento

ORCID: 0000-0001-9528-0321.

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Santa Cruz.

Tayná Freitas Maia

ORCID: 0000-0002-1595-286X

Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Estadual de Santa Cruz.

Jane Mary de Medeiros Guimarães

ORCID: 0000-0002-9538-2675

Professora Sanitarista. Doutora em Saúde Pública. Universidade Federal do Sul da Bahia.

Dejeane de Oliveira Silva

ORCID: 0000-0002-1798-3758

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual de Santa Cruz

Autora correspondente:

Isabela Santos Sousa

E-mail: sousaisabela543@gmail.com.

Resumo:

A Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada do usuário à Rede de Atenção à Saúde e responsável pela oferta de serviços e ações essenciais à Atenção Básica. **Objetivo:** Relatar as experiências de (re)organização vivenciadas pelos profissionais de saúde de Unidade de Saúde da Família, em um município localizado no Sul da Bahia. **Método:** Relato de experiência dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia COVID-19. **Resultados:** 34,37% dos servidores lotados na Unidade de Saúde foram contaminados pelo Sars-CoV-2, entre o período de março a setembro. Os programas que não houve suspensão dos atendimentos foram ofertados à população dentro das normas de biossegurança. No entanto, os principais impactos foram a suspensão das atividades coletivas programadas, atendimentos ofertados aos grupos terapêuticos para idosos, usuários de tabaco, entre outros. **Conclusão:** A reestruturação no processo de oferta de serviços de saúde no estabelecimento, ainda que com as atividades restritas na rotina, tem garantido portas abertas à população e

permitido segurança aos usuários e profissionais envolvidos ou não com a assistência direta ao paciente.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; SUS; Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Pandemia.

Abstract:

Primary Health Care is the user's main gateway to the Health Care network and is responsible for offering essential services and actions to Primary Care.

Objective: To report the experiences of (re)organization experienced by health professionals from the Family Health Unit, in a municipality located in the south of Bahia. **Method:** Experience report of Primary Health Care workers in coping with the pandemic COVID-19. **Results:** 34.37% of the servers allocated at the Health Unit were

contaminated by Sars-CoV-2, between the period of March to September. Programs that did not suspend service were offered to the population in accordance with biosafety rules. However, the main impacts were with the suspension of scheduled collective activities, services offered to therapeutic groups for the elderly, tobacco users, among others. **Conclusion:** The restructuring in the process of offering health services in this establishment, even with restricted activities in its routine, has guaranteed open doors for the population and allowed safety for users and professionals involved or not with direct assistance to the patient.

Keywords: Collective Health; SUS; Primary Health Care; COVID-19; Pandemic.

Introdução:

O novo coronavírus, agente causador de uma síndrome respiratória aguda grave, foi descoberto na cidade de Wuhan, em 31 de dezembro de 2019, sendo este o primeiro caso notificado no mundo. Com um alto potencial de transmissão e sintomatologia variável, os casos podem ser classificados como leves a muito graves, os quais cursam com insuficiência respiratória. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o período de incubação pode variar de 0 a 14 dias e sua letalidade associa-se, principalmente, às condições clínicas¹.

De certo, até o presente momento, ainda não existe um tratamento estabelecido e nem vacinas que confirmam imunidade para o enfrentamento, situação que expõe vulnerabilidades e riscos e um número expressivo de pessoas e profissionais da saúde infectados no Brasil. Desde a confirmação, pelo MS, do primeiro caso do novo coronavírus em território nacional, os serviços de saúde iniciaram um processo de reorganização e adequação das ações para o enfrentamento da pandemia, passando a ofertar atendimentos e procedimentos que pudessem evitar risco de ampliação de morbidade e mortalidade.

O Brasil é um país de dimensões continentais e o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², em 2010, apontou 190.755.799 habitantes. Nesse sentido, tendo o país realidades tão distintas entre regiões, torna-se imperativo uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) articulada, destacando-se a Atenção Básica como coordenadora do cuidado, através da longitudinalidade e vinculação com núcleos familiares, em virtude de seu alto grau de capilaridade no território.

O conceito da Atenção Básica, criado em 1994, era referência de cuidados de menor complexidade, considerando o nível de atenção. Hoje, há consenso de que os cuidados dispensados pelos profissionais de saúde desse nível de assistência são complexos e que, independente do território em que a Estratégia esteja inserida, esses precisam ser resolutivos, tanto em nível individual quanto no coletivo³.

O *Sars-CoV-2* já apresenta impactos em todo o sistema de saúde e prejuízos sociais, como a perda da renda e, portanto, consequências nos determinantes e condicionantes da saúde. Nesse contexto, garantir uma Atenção Primária à Saúde (APS) com assistência segura e de qualidade torna-se ação crucial para contenção da pandemia, visto que o avanço do coronavírus e a escassez de leitos hospitalares aproximam os estados de um colapso do sistema de saúde.

Levando em consideração que a APS deve ser porta de entrada para acesso aos serviços, tanto para acolhimento e manejo de usuários com Síndrome Gripal, como para assistência aos programas essenciais à atenção básica, faz-se necessário (re)organizar os serviços e as práticas profissionais visando ao aprimoramento da atenção integral à saúde da população durante a Pandemia. Dessa forma, o presente

estudo teve como objetivo relatar as experiências de (re)organização e oferta de serviços vivenciadas pelos profissionais de saúde em uma Unidade de Saúde da Família, em um município localizado no Sul da Bahia.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de cunho descritivo, do tipo relato de experiência, que consiste em uma intervenção organizacional, focada no enfrentamento da pandemia COVID-19, em um estabelecimento de saúde vinculado à Atenção Básica, de um município, situado na região Sul da Bahia.

O relato originou-se de vivências das/dos trabalhadoras/es da saúde e bolsistas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), para o enfrentamento a Pandemia COVID-19, entre os meses março e julho de 2020.

Reconhecida como uma Unidade-escola da turma de graduação e pós-graduação, a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) possui atuação na rotina da Unidade de Saúde há pelo menos dois anos, através do PRMSF. Em março de 2020, a segunda turma iniciou as atividades no serviço com a participação de Enfermeiras (02), Odontóloga (01), Psicóloga (01), Assistente Social (01) e Fisioterapeuta (01), sendo estabelecida carga horária semanal, entre teoria e prática de sessenta horas e permanência de 2 anos.

O cenário da experiência foi uma Unidade de Saúde da Família localizada em uma área de grande vulnerabilidade social, situada no centro da comunidade, possuindo estimativa de cadastro populacional de 8.211 pessoas, sendo 12,276% da população na faixa etária de 0 a 9 anos, 15,443% na faixa etária de 10 a 19 anos, 57,447% na faixa dos 20 a 59 anos e 14,834% com mais de 60 anos, de acordo o Sistema de Informação da Atenção Básica, e-SUS. O seu território possui 4.171 cadastros domiciliares, sendo 302 sem disponibilidade de energia elétrica, 1.134 domicílios sem tratamento de água e vale ressaltar ainda que 1.070 cidadãos se encontram desempregados, de acordo com o relatório gerado pelo Sistema de Informação, no mês de agosto de 2020.

Duas equipes de saúde da família compõem o serviço, 02 Enfermeiras, 02 Médicos, 03 Técnicas de Enfermagem, 01 Nutricionista, 01 Odontóloga e 20 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de profissionais de apoio como Administradora, Recepcionista, Auxiliar de Serviços Gerais, entre outros, totalizando 32 profissionais vinculados a esta Unidade.

Neste estabelecimento, onze profissionais obtiveram o diagnóstico laboratorial positivo para o novo coronavírus, em momentos distintos e com variações sintomatológicas. No gráfico 1, é possível analisar que 34,37% dos servidores foram contaminados pelo *Sars-CoV-2*, entre o período de março a setembro. Como consequência, a continuidade da oferta de alguns serviços nesse estabelecimento tornou-se mais fragilizada devido as contaminações, sendo necessária a suspensão de ações nesses intervalos, devido à insuficiência de recursos humanos, em períodos de isolamento.

A pandemia por Covid-19 representa um dos maiores desafios sanitários em escala mundial desse século⁴. Nesse ínterim, a estratégia inicial de combate ao novo coronavírus pelos profissionais que atuam na Unidade de Saúde da Família foi (re)pensar o modo de permanência da oferta dos serviços de saúde em ambientes não preparados estruturalmente e que essa ação apresentasse segurança tanto aos usuários quanto aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, antecipando-se ao primeiro registro de caso confirmado no município, iniciou-se a discussão das necessidades da nova rotina, desde março do corrente ano.

Dentre as estratégias pensadas para a (re)organização do serviço, a elaboração de um documento, através da equipe multiprofissional, estruturado em quatro etapas A, B, C e D, embasadas em protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e MS e realização de atividades educativas para os profissionais do serviço.

Previamente à implementação do fluxo, realizou-se uma reunião para apresentação e justificativa da nova rotina e solicitação para que todos os profissionais participassem do processo de construção, incluíssem e compartilhassem suas observações e perspectivas. Este documento foi amplamente discutido, através de “Roda de Conversa” com os demais trabalhadores da Unidade para contribuições e validação da proposta.

A Etapa A foi destinada a preparação do serviço com identificação da estrutura física por cores diferentes, objetivando reconhecer os espaços quanto ao grau de contaminação, diminuir exposição, propagação e concentração de agentes infecciosos, além de auxiliar no direcionamento dos serviços aos pacientes e profissionais, conforme Figura 1.

Nesse sentido, foram criados dois setores na unidade, definidos como área mista e área de isolamento. A área mista foi destinada para atendimento pelos Médicos e Enfermeiros aos pacientes dos diversos programas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família que não sofreram suspensão de atendimento na agenda. A área de isolamento (área 1), tinha como única finalidade a assistência aos pacientes com casos suspeitos e/ou confirmados para COVID-19, mantendo sempre a porta fechada, janelas abertas e ventilação natural, conforme Figuras 2 e 3.

O número de pacientes no interior na Unidade foi limitado, levando-se em considerações os casos específicos aos acompanhantes e regras de prioridade dos atendimentos. Houve a realocação da recepção para área próxima à entrada da Unidade e responsabilização do serviço de acolhimento sobre sintomatologias gripais a todos os pacientes antes de adentrarem ao estabelecimento; necessidade de distinção de material de suporte assistencial entre pacientes sintomáticos e assintomáticos; separação do serviço da sala de vacina em dois ambientes para administração dos imunobiológicos de rotina ou campanha contra H1N1, de acordo ao público, justificado pelo aumento da rotatividade do público campanhista; organização dos prontuários dos pacientes sintomáticos respiratórios; agendamento dos pacientes sem suspeita clínica para COVID-19 em horários pré-estabelecidos pela equipe, para as situações que não caracterizassem urgência/emergência, com o objetivo de evitar aglomerações em salas de espera.

Na Etapa B organizou-se os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) com orientações às indicações e tempo de uso e lixeiras com sinalizações em locais estratégicos para descarte do material contaminado; distribuição de almotolias com álcool 70% em cada setor e informações quanto ao não compartilhamento de material de trabalho.

A Etapa C foi destinada às orientações de limpeza e desinfecção dos setores e equipamentos da Unidade.

E por fim, na Etapa D, foi elaborado, em anexo do documento, as orientações para a sequência de paramentação e desparamentação dos EPI's, técnica de higienização das mãos, diluição e uso dos saneantes.

Salienta-se que, para identificar as viabilidades de melhorias, o processo das formações de estratégias foi reavaliado periodicamente e após reflexões críticas da realidade, com o objetivo principal de elaborar hipóteses e soluções dos problemas observados na rotina dos atendimentos, realizou-se uma reunião, por meio de ferramenta online, no mês de junho com oito participantes. A reunião foi estruturada através da metodologia ativa da problematização, com o Arco de Maguerez, em busca de atitudes transformadoras que alcançassem uma maior aceitação da equipe quanto ao seguimento das novas recomendações.

Berbel^{5:142,144}, sobre a metodologia da problematização e o desenvolvimento de estratégias a partir de experiências vivenciadas no cotidiano traz que:

Temos proposto a Metodologia da Problematização como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. [...] Em síntese, a Metodologia da Problematização tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade. Constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes.

Partindo desse pressuposto, iniciou-se a discussão com base nos problemas observados no serviço e construção das etapas de hipóteses e soluções. O primeiro espaço/serviço analisado foi o acolhimento e dentre as estratégias previamente implementadas, optou-se por três profissionais no setor, com o objetivo de esclarecimento de dúvidas da população, organização do fluxo dos pacientes na área interna do estabelecimento, realização da anamnese para identificação das síndromes gripais e notificações dos casos confirmados ou suspeitos.

A segunda estratégia adotada para enfrentamento à pandemia realizou-se através das ações de educação em saúde, com o objetivo principal de diminuir a cadeia de transmissão viral do COVID-19. No primeiro momento foi direcionada aos ACS, com foco nas indicações de uso e descarte correto dos EPIs, paramentação, desparamentação e orientações quanto às técnicas de higiene e lavagem das mãos. Posteriormente, ações para a profissional de serviços gerais, por meio da metodologia expositiva, sobre limpeza e desinfecção nos espaços de saúde, tendo como premissa aprimorar o potencial para a prevenção da transmissibilidade do patógeno na USF.

Percorrendo os comércios locais, o segundo caminho das atividades educativas estava direcionado aos comerciantes e teve como eixo a importância da adoção de medidas de prevenção comunitária, sobre o uso das máscaras e forma de higiene, além de informações sobre a limpeza adequada do ambiente e superfícies do estabelecimento. Ao final desta ação foram fornecidas 130 unidades de máscaras faciais de tecido para população.

Resultados e Discussão

A pandemia tem exigido um grande desafio na (re)organização dos serviços da APS e dos profissionais da saúde atuantes nesse nível assistencial, pois além dos atributos definidos pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁶, como a vinculação, acompanhamento familiar, educação em saúde, de modo mais veemente, impõe-se, diante da pandemia COVID-19, a implementação dos seus princípios e diretrizes, entre eles, porta de entrada, vínculo longitudinal, integralidade e coordenação do cuidado e, desempenhando, de forma resolutiva o acolhimento aos casos leves e encaminhamento seguro dos casos graves. Portanto, a estratificação de intensidade da Síndrome Gripal é a ferramenta primordial para definir a conduta correta para cada caso, seja para manter o paciente na APS/ESF, sendo monitorado durante o isolamento domiciliar, ou para encaminhá-lo aos centros de referência, urgência/emergência ou hospitais⁷.

Entre as novas atribuições da APS, para o enfrentamento da pandemia, evidenciam-se os monitoramentos clínicos e implementação de atividades remotas, através dos teleatendimentos. No município onde as ações do estudo foram desenvolvidas, entre os meses de março a maio, o acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados pela COVID-19 eram realizadas de forma centralizada pela Vigilância Epidemiológica (VIEP). Em primeiro de junho, essas ações foram descentralizadas para as equipes da Atenção Básica Municipal, conforme preconiza-se o MS através do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na APS.

Ressalta-se que, o histórico epidemiológico do *Sars-CoV-2* em território nacional, apresentou o primeiro caso positivo no estado de São Paulo em 26 de fevereiro. Logo após, em 06 de março, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) confirmou o primeiro caso importado, sendo o primeiro da região Nordeste

e o nono caso confirmado no país. Posteriormente, o município de Itabuna confirmou primeiro caso para o novo coronavírus, em 19 de março do corrente ano. Houve, portanto, a declaração de estado de transmissão comunitária no dia 20 de março, no Brasil e, inevitavelmente, com o aumento do número de casos em outros países além da China, a OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e o reconhecimento da Pandemia veio 41 dias após essa declaração.

Já com relação ao comportamento epidemiológico no território de inserção da Unidade, de acordo os primeiros boletins divulgados pela VIEP do município, o bairro assumiu, em 08 de abril, o topo do boletim, em número de casos COVID-19, apresentando cinco casos confirmados e permaneceu nessa posição até dia 20 do mesmo mês com sete notificações. Em 06 de maio ocupava o terceiro lugar. Em 05 de junho, estava em sétima posição no boletim epidemiológico, sendo este o último boletim com divulgação por bairros, deste município (Gráfico 2).

Diante da evolução do número de casos do novo coronavírus em território municipal, as ações de rotina das Unidades de Saúde sofreram diversas alterações e entre os principais impactos estavam a suspensão das atividades coletivas programadas, atendimentos ofertados aos grupos terapêuticos para idosos, usuários de tabaco, entre outros e com relação aos procedimentos, permaneceram a coleta da Triagem Neonatal e Pré-Natal, curativos de maior complexidade, retirada de pontos cirúrgicos, administração de medicamentos e administração de imunobiológicos, por exemplo.

Entre os programas assistenciais definidos pelo MS que sofreram interrupções temporárias para o funcionamento na atenção básica, elencam-se o crescimento e desenvolvimento da criança, avaliação puerperal e acompanhamento aos hipertensos e diabéticos com orientação aos exames e sinais vitais. E, embora algumas atividades tenham conseguido ser reimplementadas durante esses seis meses, ainda não foi possível reativar de forma integral o programa de atenção à saúde das crianças, adolescentes e saúde do homem. Ressalta-se que as ações da política de saúde da mulher não estão sendo realizadas com todas as suas potencialidades, permanecendo pendentes a coleta do citopatológico de colo do útero e, no município, está suspensa a inserção do dispositivo intrauterino.

Outra mudança observada no funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, foi com relação às visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Importante ferramenta utilizada, principalmente para levar informações, realizar busca ativa de suspeitos e acompanhamento de casos, essas atividades deixaram de ter o caráter intradomiciliar e passaram a ser implementadas em áreas peridomiciliar (frente, lados, e fundo do quintal ou terreno), conforme documentos do MS, para garantir a segurança do paciente e do profissional⁸.

De posse dessas orientações, os grupos eleitos para a continuidade das visitas foram os pacientes de risco (pessoas com 60 anos ou mais ou com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, doença cardíaca, entre outras). Nessa perspectiva, a ação deveria ser realizada com utilização dos EPIs, máscara cirúrgica, gorro ou touca e luva de procedimento. Reitera-se que o município agregou aos EPI's, o fornecimento de óculos facial. Quanto à assistência odontológica, esta apresenta um alto risco para a disseminação do novo coronavírus, devido à grande possibilidade de exposição aos materiais biológicos proporcionada pela geração de aerossóis durante os procedimentos. Portanto, foi recomendada a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos e atividades coletivas, mantendo-se o atendimento das urgências odontológicas⁹.

Dentro do planejamento para o novo fluxo de enfrentamento à pandemia, pode-se mencionar que as mudanças relacionadas à parte física e de adequações das ações de limpeza e desinfecção dos ambientes foram implementadas de forma mais evidente. Por outro lado, verificou-se na rotina do serviço que muitas ações não foram plenamente implantadas, por diversos motivos ou razões, entre eles, a subestimação ou reconhecimento da condição de vulnerabilidade ao adoecimento e potenciais complicações e/ou

insuficiência de treinamentos e capacitações permanentes das normas de proteção contra os diversos tipos de agentes biológicos.

As fragilidades para a adesão e/ou permanência das mudanças alcançadas no trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família, ainda que o processo da implementação do novo fluxo tenha ocorrido de forma horizontalizada, consciente e racional, relacionaram-se com a dinâmica dos aspectos comportamentais do ser humano e suas relações interpessoais.

A excessiva circulação dos profissionais em ambientes destinados a movimentações restritas, compartilhamentos desnecessários de objetos de caráter pessoal e profissional, não utilização das luvas de procedimento, como forma de proteção ao manipular material contaminado, utilização em menor parte do tempo dos óculos de proteção e/ou faceshield e aglomeração durante o horário do almoço foram as condutas que mais se destacaram em resistências às modificações propostas.

Nota-se que há uma necessidade de melhoria da capacidade técnica dos profissionais de saúde para as medidas contínuas das práticas de proteção e de biossegurança que diminuam os riscos das contaminações, não somente ao *Sars-CoV-2*, mas também às demais doenças infectocontagiosas, visto que é responsabilidade da Atenção Básica o acompanhamento dos pacientes acometidos por tuberculose pulmonar, influenza, varicela, hanseníase, HIV/Aids, entre outras.

Outro ponto importante que merece ser ressaltado está relacionado ao Programa Previne Brasil. Em novembro de 2019, foi publicada a Portaria nº 2.979¹⁰ instituindo e estabelecendo o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e dentre as formas de captação de recurso pelo município, está o pagamento por desempenho pelo alcance dos indicadores, por Equipe de Saúde da Família.

A apuração desses indicadores dar-se-á cada quadrimestre pelo Ministério da Saúde. De acordo o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), acessado pelo portal e-gestor do MS, o primeiro quadrimestre de 2020, o município alcançou a meta de 20% no indicador proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, e a Unidade-cenário do estudo 48%; no indicador proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, o município alcançou 37% e a Unidade 69%; no indicador proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, o município alcançou 6%, a Unidade 17%; no indicador cobertura de exame citopatológico, o município alcançou 3%, a Unidade 2%; no indicador percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, município e Unidade foram avaliados em 0%; no indicador percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada, o município alcançou 7%, a Unidade 3%. Quanto ao indicador cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente, a avaliação é feita em contexto municipal e teve o alcance de 52%.

No entanto, em março, com o início da Pandemia no município, as Unidades precisaram (re)organizar a oferta de serviços, o que gerou impacto nas ações para obtenção das metas propostas pelo MS. Como o primeiro quadrimestre avalia os meses de janeiro a abril, o reflexo da (re)organização dos serviços durante a Pandemia sobre os indicadores poderá ser melhor avaliado a partir da apuração dos próximos quadrimestres.

Pela experiência até então vivenciada pela Unidade em estudo, pode-se observar que alguns indicadores referentes à saúde da mulher e doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, serão prejudicados devido a suspensão da oferta do serviço, a exemplo da coleta do exame citopatológico e atendimento odontológico ou diminuição dos atendimentos dos usuários com problemas crônicos, agregado à qualidade desse atendimento para alcance dos indicadores, valores que ainda estão distantes das metas propostas pelo MS, com exceção da proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

Considerações Finais

A Atenção Primária à Saúde tem como alguns de seus principais objetivos a prevenção de doenças e promoção da saúde ao indivíduo, família e coletividade, o que contribui para diminuição da morbimortalidade por diversas causas. A partir do momento que ela também se torna protagonista para acesso dos usuários suspeitos ou confirmados para COVID-19, responsável pelo manejo clínico e monitoramento dos casos, busca ativa dos contatos, por promover educação em saúde, é possível observar o tamanho da responsabilidade sanitária da APS sobre um território durante a atual Pandemia.

A reestruturação no processo de oferta de serviços de saúde neste estabelecimento, ainda que com as atividades restritas na rotina, tem garantido portas abertas à população e permitido segurança aos usuários e profissionais envolvidos ou não com a assistência direta ao paciente. Tal retomada tem sido possível devido a implementação de fluxos distintos e espaços separados de atendimento para pacientes de rotina e suspeitos da síndrome gripal; por manter o distanciamento seguro, evitar filas e aglomerações em seu interior, com sinalização adequada aos espaços e higiene e desinfecção do ambiente realizada segundo protocolos dos órgãos fiscalizadores.

O grande desafio tem sido assumir esse protagonismo, sem dirimir os serviços e ações também essenciais às atribuições da atenção básica. Diante disso, com os impactos da chegada da pandemia e necessidade de reestruturações do Sistema Único de Saúde, foi possível perceber a força da APS na coordenação do cuidado dentro de uma Rede de Atenção à Saúde e a importância de ressignificar o processo de cuidado.

Referências:

¹ Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – COVID-19 – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. [acesso em 2020 jun 19]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.

² Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico Brasil 2010. [acesso em 2020 jul 01]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=4&uf=00>

³ MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

⁴ BARRETO ML, BARROS AJ, CARVALHO MS, CORDEÇO CT, HALLAL PR, MEDRONHO RA et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?. *Revista Brasileira de epidemiologia*, 2020 [acesso em 202005 jul 2020]; vol.23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100101&lng=en&nrm=iso

⁵ BERBEL NA. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface*, 1998 [acesso em 2020 maio 10]; vol.2, (2). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 22 set 2017.

⁷BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a

⁸BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

⁹BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Atendimento odontológico no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

¹⁰BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. 13 nov 2019.

Como citar: Sousa IS, Nascimento NP, Maia TF, Guimarães JMM, Silva DO. A (Re)Organização da Atenção Primária à Saúde e a Longitudinalidade do Cuidado: Experiências sobre os Revérberos da Pandemia Covid-19 ao Serviço. **Saúde em Redes**. 2021;7 (Supl.1). DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3356g671

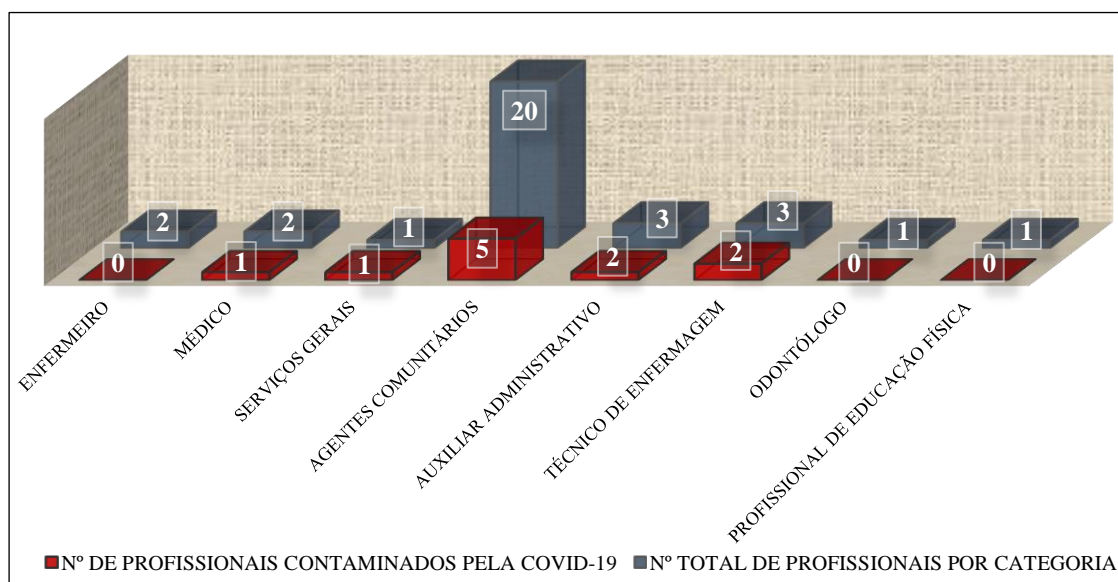
Recebido em: 10/12/2020

Aprovado em: 11/07/2021

APÊNDICES

TABELAS E GRÁFICOS

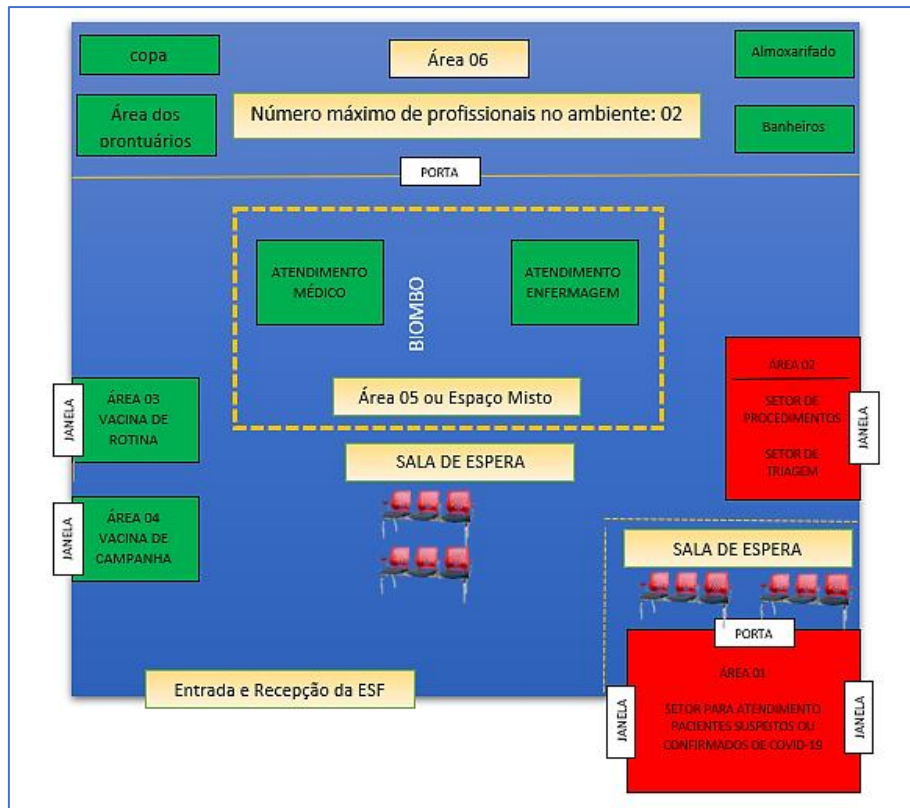
Gráfico 1 - Número de profissionais da ESF contaminados pela COVID-19.



Fonte:

Dados da pesquisa.

Figura 1. Organização da Unidade de Saúde em áreas por grau de contaminação.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 2. Área para atendimento aos pacientes suspeitos.



Fonte: Registros próprios.

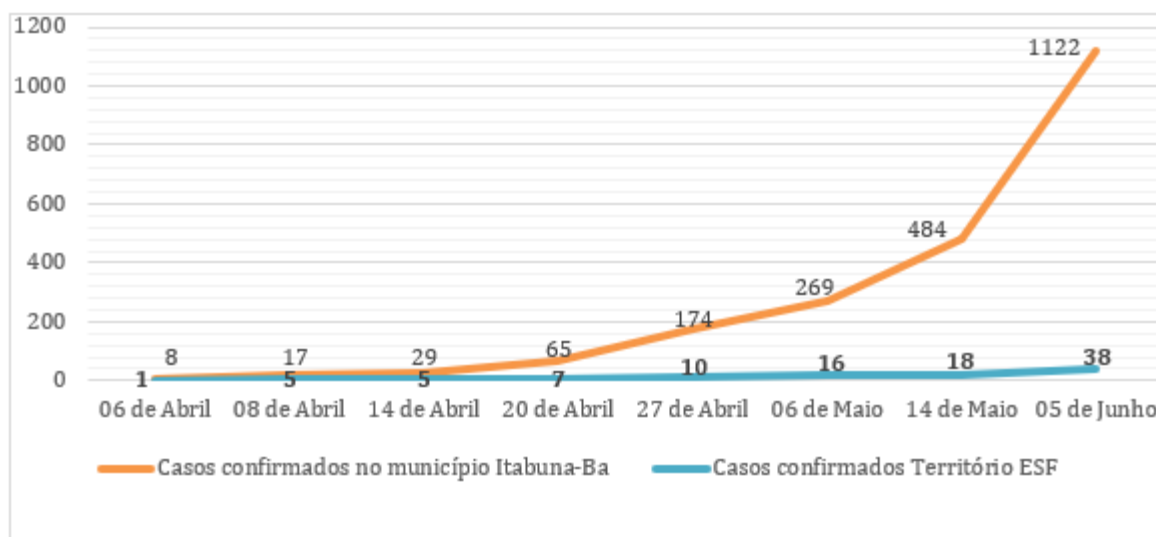
Figura 3. Sala de espera do setor do isolamento.



Fonte: Registros próprios.

ANEXO

Gráfico 2 - Distribuição do acumulado de casos confirmados por COVID-19, no município de Itabuna e em área territorial da ESF, 2020.



Fonte: Divulgação oficial, mídia social (Instagram), da Prefeitura Municipal de Itabuna-BA.