



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Vivianne Brandt Pereira Brasil

**Análise das ações de Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde no
enfrentamento da COVID-19 em Manaus**

Manaus

2024

Vivianne Brandt Pereira Brasil

Análise das ações de Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Manaus

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves

Manaus

2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

B823a Brasil, Vivianne Brandt Pereira

Análise das ações de Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Manaus / Vivianne Brandt Pereira Brasil . Manaus : [s.n], 2024
109 f.: il.; 21,0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva -PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

Inclui Bibliografia. Inclui

Apêndice.

Inclui Anexo.

Orientador: Gonçalves, Isabela Cristina de Miranda .

1. Vigilância em Saúde . 2. COVID-19 . 3. Atenção Primária à Saúde . 4. Profissionais de saúde . I. Gonçalves, Isabela Cristina de Miranda (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título

CDU(1997)614(043.3)



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO

Aos 27 dias do mês de setembro de 2024, às 08h:30min, de forma híbrida, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é “Análise das ações de Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Manaus”, apresentado por **Vivianne Brandt Pereira Brasil**, sob orientação da Prof.^a Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof.^a Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves – Orientadora

Aprovada () Reprovada

Assinatura.....

Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis – Membro Titular

Aprovada () Reprovada

Assinatura.....

LEONARDO NAVES DOS REIS
Data: 02/10/2024 14:30:15-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Jaidson Nandi Becker – Membro Titular

Aprovada () Reprovada

Assinatura.....

JAIDSON NANDI BECKER
Data: 27/09/2024 15:21:40-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Documento assinado digitalmente

Parecer Final:

Aprovada () Reprovada

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof.^a Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 27 de setembro de 2024.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todos os profissionais de saúde que atuaram como guerreiros durante a pandemia, sobretudo aos que tiveram suas vidas ceifadas tão prematuramente, cuja vontade de salvar vidas tornou-se seu último ato de amor à humanidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por seu infinito amor a minha vida, por dar-me força nas horas mais densas, sustentando a mim a todo momento para que fosse possível chegar até aqui.

Aos meus pais, Izabel Cristina e Vivaldo Antony, que, mesmo distantes geograficamente, tenho certeza que oram e torcem por cada vitória alcançada por mim.

À minha avó, Ana Maria de Souza Brandt, que sempre foi e será minha inspiração por sua força, determinação, resiliência e inteligência. Vó obrigada por permitir que refletisse em mim as suas melhores qualidades, te amo.

À minhas tias madrinhas Vera Lúcia e Clycia Brandt a quem devo toda a minha base de ternura na primeira infância, forjando a pessoa que sou. Às minhas tias, meu eterno agradecimento por tamanho amor e carinho a qual vocês dedicaram à mim, amo vocês.

Ao meu esposo, Francislei Brasil, que apoiou-me incondicionalmente nessa jornada árdua em busca deste título. A ele minha gratidão e todo o meu amor.

Ao meu filho primogênito, Levi Antony, que durante o último ano recebeu o diagnóstico de Transtorno do Espectro Austita e esse diagnóstico chegou trazendo muitas mudanças na vida dele e na minha, um momento difícil que foi superado pelo grande amor que sentimos um pelo outro, mesmo que ele demonstre o amor do jeitinho especial dele.

As minhas filhas, Erli Cristina e Leianne Anadyr, as verdadeiras flores do meu jardim, elas mostram à mim toda a beleza e suavidade da vida, mesmo tendo poucos anos de vida, ambas foram meu abrigo nos momentos mais difíceis em que precisava de um refúgio. Às minhas filhas, meu eterno agradecimento.

À minha orientadora, Isabela Cristina de Miranda Gonçalves, que acreditou em mim e não me permitiu desistir, ela viu potencial e me deu a força que precisava para concluir este sonho. Que Deus lhe abençoe sempre.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, sendo de fundamental importância durante todo o processo do projeto de pesquisa.

À Universidade do Estado do Amazonas por proporcionar este programa de pós graduação ao qual permite que vidas mudem por meio da educação.

Às minhas amigas que foram fiéis e compreenderam que minha ausência foi justificada pela conquista deste sonho, obrigada meninas!

Hoje é o primeiro dia do resto da minha vida. O futuro só depende do que fazemos no presente. Um passo de cada vez.

Mahatma Gandhi

RESUMO

BRASIL, Vivianne Brandt Pereira. *Análise das ações de Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Manaus*. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

A COVID-19 é uma doença infectocontagiosa responsável pela pandemia desde 2020, onde os sistemas de saúde adotados por cada país, buscou de formas distintas, porém com o mesmo objetivo, bloquear ou minimizar os efeitos ocasionados pela pandemia. No Brasil, inúmeras estratégias organizacionais e o uso de novas tecnologias para atenção à saúde da população foram necessárias para adequação dos serviços visando o desenvolvimento das ações de vigilância e de cuidado à saúde da população. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a principal porta de entrada para a população aos serviços de saúde, as ações buscaram alinhar o monitoramento de dados relacionados à COVID-19 e o controle de determinantes, dos riscos e danos à saúde no território específico de sua atuação, para que pudessem garantir a continuidade da atenção à saúde ao indivíduo e a comunidade mesmo em momento pandêmico. O objetivo do estudo é analisar as integrações das ações de Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Manaus, para a redução da exposição ao risco de contaminação na população e em trabalhadores de saúde, identificando dificuldades e potencialidades. Este estudo faz parte de um macroprojeto de pesquisa, intitulado “Análise de modelos e estratégias de Vigilância em Saúde da pandemia da COVID-19”, trata-se de um estudo classificado como descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, por meio de coleta de dados primários para que seja possível a investigação das ações de Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde da cidade de Manaus.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. COVID-19.

ABSTRACT

BRASIL, Vivianne Brandt Pereira. *Analysis of Health Surveillance actions in Primary Health Care to combat COVID-19 in Manaus*. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

COVID-19 is an infectious disease responsible for the pandemic since 2020, where the health systems adopted by each country have sought in different ways, although with the same objective, to block or minimize the effects caused by the pandemic. In Brazil, countless organizational strategies and the use of new technologies for the health care of the population were necessary to adapt the services aiming at the development of surveillance and health care actions for the population. Within the scope of Primary Health Care (PHC), the main gateway for the population to health services, the actions sought to align the monitoring of data related to COVID-19 and the control of determinants, risks and damage to health in the specific territory of their action, so that they could guarantee the permanence of health care for the individual and the community even in a pandemic moment. The objective of the study is to analyze the integration of Health Surveillance actions and Primary Health Care in coping with COVID-19 in Manaus, to reduce the exposure to the risk of contamination in the population and in health care workers, identifying difficulties and potentialities. This study will be part of a macro research project, entitled “Analysis of health surveillance models and strategies in the COVID-19 pandemic”, it is a study classified as descriptive and exploratory, of a quantitative approach, through the collection of primary data so that it is possible to investigate health surveillance actions in Primary Health Care in the city of Manaus.

Keywords: Public Health Surveillance. Primary Health Care. COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo do desenvolvimento da Vigilância em Saúde no Brasil.....	22
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos profissionais de saúde participantes do estudo, Análise das ações de vigilância em saúde pela Atenção Primária à Saúde.....	37
Tabela 2	Ações de vigilância entre as Vigilâncias e a APS.....	39
Tabela 3	Tecnologias de apoio ao trabalho das equipes de saúde.....	42
Tabela 4	Disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselhos Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CF	Constituição Federal
DISA	Distrito Sanitário de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEI-ESPII	Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VS	Vigilância em Saúde
VSP	Vigilância em Saúde Pública

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	OBJETIVOS	16
1.1	Objetivo geral	16
1.2	Objetivo específico.....	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Trajetória histórica da Vigilância em Saúde no mundo e no Brasil	17
2.2	A linha do tempo da Vigilância em Saúde no Brasil	22
2.3	Vigilância em Saúde no Brasil e a Pandemia da COVID-19.....	23
2.4	Vigilância em Saúde em Manaus e a Pandemia da COVID-19.....	24
2.5	A integração das ações de Vigilância em Saúde e o papel da Atenção Primária à Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da covid-19...	26
3	MÉTODO	29
3.1	Desenho do estudo.....	29
3.2	População e sujeitos do estudo.....	29
3.3	Local do estudo.....	30
3.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	30
3.5	Coleta dos dados	30
3.6	Instrumentos de coleta de dados.....	31
3.7	Procedimento de análise	32
3.8	Aspectos éticos	34
3.9	Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa.....	35
4	RESULTADOS	36
4.1	Características dos entrevistados	36
4.2	Ações de Vigilância em saúde na APS: dificuldades e potencialidades	38
4.3	As tecnologias utilizadas no apoio do trabalho das equipes de saúde	40
4.4	Proteção à saúde e redução de riscos dos profissionais da APS	44
5	DISCUSSÃO	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	76
	APÊNDICE B – Questionário para o Profissional	79
	ANEXO A – Artigo 1.....	92

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infectocontagiosa provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2 da síndrome respiratória grave 2, responsável pelo contexto pandêmico decretado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em janeiro de 2020 e tornou-se um dos maiores desafios encontrados no século XXI. Foi registrado inicialmente no continente asiático, espalhando-se rapidamente para os demais continentes causando implicações incalculáveis a saúde e economia de forma direta e/ou indiretamente a população mundial (PIRES BRITO et al., 2020).

Os sistemas de saúde adotados em cada país, trabalharam incessantemente na busca da melhor forma de minimizar os efeitos de um surto, ou como foi visto recentemente, de uma pandemia (MILETTO GRANOZIO; GRANOZIO; FABIO, 2020). A OMS, como órgão norteador, buscou orientar as tomadas de decisões dos serviços de saúde mundiais na tentativa de bloquear e minimizar o avanço da COVID-19, porém, se mostraram frágeis em relação ao rápido avanço da doença pelo mundo. O temor com relação as consequências geradas pela pandemia levaram profissionais a trabalhar de forma conjunta na assistência, em pesquisas para medicamentos e vacinas para o controle até então esta doença desconhecida por todos (HIROO SAITO; LAQUES; AFELT, 2020).

No Brasil, a emergência da COVID-19 evidenciou a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua potencialidade de reorganização frente aos novos desafios colocados diante do enfrentamento dessa pandemia. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), inúmeras estratégias organizacionais e uso de novas tecnologias para atenção à saúde da população foram necessárias para adequar os serviços visando o monitoramento e controle da pandemia, atenção aos casos de COVID-19, além de garantir a continuidade do amplo espectro de ações essenciais para a atenção à saúde da população (FACCHINI, 2020; MACÊDO, 2020).

As respostas sanitárias foram implantadas com impressionante velocidade, exigida pela rapidez e gravidade de evolução da pandemia. Foi necessário o encurtamento dos processos burocráticos usuais de implementação das ações, que iam desde as tomadas de decisões gerenciais até a atuação da linha de frente responsável pelos cuidados à saúde da população. Além da diminuição dos prazos em escala sem precedentes, foram utilizadas várias estratégias inovadoras para pôr em prática as ações realizadas pela linha de frente nos serviços de saúde, assim como superar os obstáculos para sua operacionalização diante de tantas dificuldades encontradas (CRODA; GARCIA, 2020).

Neste contexto, torna-se fundamental a adoção de uma concepção de Vigilância em Saúde (VS) centrada na COVID-19, que envolva as ações da APS, principal porta de entrada para a população aos serviços de saúde. De forma a proporcionar o alinhamento do monitoramento de dados relacionados a COVID-19 e as ações de saúde realizadas pela APS para o controle de determinantes, dos riscos e danos à saúde no território específico de sua atuação, proporcionando a continuidade da atenção à saúde ao indivíduo e a comunidade mesmo em momento pandêmico (PRADO et al., 2021).

O modelo teórico de VS adotado no Brasil, articula os enfoques populacional (promoção) e o de risco (prevenção), constituindo-se em uma estratégia de organização de um conjunto de práticas para obtenção de informações, a notificação de casos, a prevenção e o compartilhamento de dados que modifiquem os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, assumindo configurações específicas de acordo com o espaço de operacionalização das ações (DA SILVA; VIEIRA-DA-SILVA, 2008; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Assim, diante dos desafios enfrentados pelos serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19, para garantir a continuidade aos trabalhos desenvolvidos seguindo o modelo de saúde adotado no país por meio da promoção e prevenção de agravos, além de concomitantemente manter as ações de VS para obtenção de informações sobre a doença pandêmica enfrentada, é que resolveu-se analisar o sistema de saúde e as ações adotadas na APS diante da COVID-19 em Manaus.

Deste modo, o presente estudo tem por finalidade responder a seguinte questão norteadora: Quais as medidas de vigilância foram tomadas na APS diante da pandemia da COVID-19 que garantisse, à população e profissionais de saúde, a continuidade dos serviços baseados no modelo de promoção e prevenção de agravos à saúde?

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral:

Analisar as ações de vigilância em saúde, no contexto da pandemia de COVID-19, no âmbito da atenção primária em saúde em Manaus, identificando dificuldades e potencialidades enfrentadas pelos profissionais de saúde, para a continuidade dos serviços baseados no modelo de promoção e prevenção.

1.2 Objetivo específicos:

- Descrever as ações de vigilância em saúde no âmbito da atenção primária em saúde em Manaus, identificando dificuldades e potencialidades no enfrentamento da pandemia de COVID-19;
- Identificar as tecnologias que têm se mostrado apropriadas para apoiar o trabalho das equipes de saúde para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 no âmbito da APS;
- Identificar as ações de vigilância voltadas para a proteção da saúde e redução dos riscos relacionados a COVID-19 para a população e profissionais da APS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Trajetória histórica da Vigilância em Saúde no mundo e no Brasil

A necessidade de se conhecer mais sobre doenças que atingiam de forma simultânea muitos indivíduos, quase sempre os levando à morte, fizeram surgir registros nas primeiras civilizações sobre surtos e grandes epidemias, estes registros possuíam informações importantes, como os desfechos de saúde, os fatores de risco e as intervenções realizadas. Com o passar do tempo, informações como o território, o ambiente local, assim como o tipo de pessoas que adoeciam passaram a ser estudadas, sendo introduzidas a ideia de doenças agudas, crônicas, epidemia e endemia (FRANCO NETTO et al., 2017).

O período das revoluções industriais submeteu o mundo a grandes mudanças, devido ao êxodo rural surgiram inúmeras doenças infectocontagiosas provocadas pelas condições socioeconômicas da população e como o desenvolvimento dos estudos sobre microrganismos como causadores de doenças havia dado um salto gigantesco, foi introduzida pela primeira vez o conceito de Vigilância em Saúde Pública (VSP) como instrumento de observação para detecção precoce de doentes, como forma alternativa a duras e restritivas quarentenas, tornando a VSP essencial para a continuidade do desenvolvimento dos países (ARREAZA; MORAES, 2010; SINGERIST, 2006).

Em 1964, por meio de um artigo de Karel Raska, a vigilância passa a ganhar a denominação de vigilância epidemiológica, mais tarde em 1968, na 21ª assembleia Mundial de Saúde, é que a discussão sobre a importância da vigilância para a saúde pública adquiriu caráter essencial para o controle de doenças, até mesmo as não transmissíveis (WALDMAN, 2016). A vigilância passa então a observar outros eventos adversos à saúde, incluindo os relacionados a riscos ambientais e tecnologias de saúde que incluem desde medicações, procedimentos cirúrgicos e hemoterápicos. Ainda para Waldman (2016), Devido à ampliação da responsabilidade atribuída, o conceito de vigilância passa apropriar-se do termo “epidemiológica” de forma equivocada, pois as informações geradas são suscetíveis a pesquisas e elaboração de Programas direcionados ao controle de agravos a saúde, indo além de simples observação. Devido a necessidade de uma denominação que contemple a prática de forma coletiva, o termo “Vigilância em Saúde Pública” passou a ser utilizado internacionalmente desde 1989 em todas as publicações sobre o tema (DE ALBUQUERQUE; FREESE DE CARVALHO; LIMA, 2002).

A Vigilância em Saúde que hoje conhecemos tem por objetivo observar e analisar de forma contínua a situação de saúde da população, promovendo ações que controlem ou minimizem os determinantes, os riscos e os danos à saúde, direcionando a atenção de forma integral, seja individual ou coletiva, aos problemas de saúde da população. Por meio da articulação entre o conhecimento e as técnicas, é possível apontar diversos ramos que a VS abrange como o controle de doenças não transmissíveis, o controle das doenças transmissíveis, a Vigilância da situação de saúde, a Vigilância ambiental, a Vigilância da saúde do trabalhador e a Vigilância Sanitária (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE., 2010).

Diante de emergências sanitárias, como surtos e pandemia, são adotadas pelo Sistema de Saúde de cada país as medidas de VS oportunas para controle e enfrentamento da crise, e por mais que cada país possua estratégias diferenciadas, o objetivo é a detecção precoce dos casos e seus contatos, seguindo as medidas de isolamento e quarentena propostas pelo governo para atenuar os impactos à vida humana (PRADO et al., 2021).

No Brasil, o sistema de saúde vem passando por profundas transformações sociais e políticas desde o golpe militar de 1964. O desmonte da participação social, a abertura da economia ao capital estrangeiro, o endurecimento das leis aos que iam de encontro aos ideais militares, a diminuição do poder de lideranças opositoras e a valorização previdenciária no campo da saúde foram importantes feitos causadores de desorganização do país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Ainda para Paiva e Texeira (2014), mesmo contrariando o processo desorganizador do momento, as políticas militares deram continuidade as orientações dos governos anteriores ao promover a expansão do setor privado no contexto das políticas públicas de saúde, ao incentivar a privatização de alguns serviços médicos por meio de fomentos fiscais às empresas que proporcionasse serviços de saúde aos seus funcionários e ao expandir a assistência médica previdenciária aos trabalhadores, além de gerar alguns benefícios, inclusive aos trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e aos autônomos.

Profundas transformações políticas aconteceram, no país, por toda a década de 70, movimentos estudantis e de profissionais foram gerados, buscando por meio de diretrizes e princípios, mudanças no modelo de atenção à saúde pública do país. A Reforma Sanitária Brasileira trouxe ressignificações para o campo da saúde no país, propondo a criação de um sistema de atenção à saúde que fosse público, que contemplasse o cidadão de forma universal e com qualidade, onde sua organização fosse descentralizada focando na necessidade local do controle de doenças, dos riscos epidemiológicos e da vigilância, resultando, após acalorados

debates, o sistema de saúde adotado desde então, o Sistema Único de Saúde (SUS) (TEIXEIRA et al., 2018).

O sistema de saúde adotado no Brasil, o SUS, busca garantir por meio da Constituição Federal de 1988 os direitos fundamentais de brasileiros e de estrangeiros que se estabelecem ou que estão somente de passagem pelo país, garantindo atenção à saúde de forma universal para todos (BRASIL, 1990).

Devido o Sistema de saúde adotado e do cenário sanitário brasileiro, foi preciso a construção de uma proposta que organizasse as diferentes ramificações da VS do país, com o objetivo de enfrentar de forma resolutiva os desafios sanitários impostos, reconhecendo a necessidade de uma articulação entre todas as Vigilâncias para a ampliação do compartilhamento de informações produzidas por cada uma delas e potencializado as intervenções propostas para enfrentamento de crises sanitárias (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Após o decreto de 1988 que estabeleceu a Constituição Federal (CF) e a regulamentação das Leis n. 8080/90 e n. 8142/90, as propostas realizadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde para que a saúde fosse um direito de todo cidadão, tornaram-se o principal compromisso assumido pelo SUS. Desde então, o SUS vem avançando no seu processo de construção, desenvolvendo a descentralização dos recursos, da gestão, ampliando e facilitando o acesso aos serviços ofertados de forma individual ou coletiva, buscando atender desde as necessidades mais básicas às complexas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de toda população em território brasileiro, com ênfase para o trabalho realizado pela VS (SALES et al., 2019).

No entanto, para se compreender a dimensão da importância do trabalho realizado pela VS no Brasil, é preciso que se conheça o processo de construção e organização pelo qual a VS está firmada, atuando em consonância com os princípios de segurança sanitária do SUS, caracterizado pelo dever do Estado em assegurar o desenvolvimento de políticas públicas preventivas de saúde que estipula o controle, a fiscalização, a vigilância e a prevenção de agravos a saúde da população (AITH; DALLARI, 2009).

Para a legislação brasileira, a VS é um processo incessante e organizado de coleta de dados relacionados à saúde, da consolidação, da análise e propagação das informações obtidas com esses dados, com o objetivo de fomentar planejamento e implementação de medidas capazes de proteger, preservar e controlar riscos, agravos e doenças, assim como promover saúde no território brasileiro, isso inclui a observação dos hábitos de vida que resultam em obesidade, prática de tabagismo, índices de violência, uso de drogas e entre outros que requerem ações de saúde (BRASIL, 2014; GUIMARÃES et al., 2017).

Porém, como todo processo é dinâmico e busca o próprio aperfeiçoamento, o conceito de VS também passou por diversas mudanças ao longo desses anos. Em 2009, por meio da Portaria 3.252/09, determina-se que VS seria composta por 6 vigilâncias diferentes, porém, que houvesse comunicação entre si e compartilhamento de informações, são elas: a) vigilância epidemiológica; b) promoção da saúde; c) vigilância da situação de saúde; d) VS ambiental; e) vigilância da saúde do trabalhador; e f) vigilância sanitária (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE., 2010).

Em 2013, uma nova Portaria surge, a Portaria 1.378/13, com a intenção de caracterizar de forma mais minuciosa o objetivo, direcionando responsabilidades para cada esfera governamental e ações da VS, que passa a realizar a vigilância da situação de saúde da população, que produzam subsídios para ações de planejamento, estratégia, monitoramento e avaliação das ações realizadas pela saúde pública; tomadas de decisões adequadas e rápidas frente a emergências de saúde pública; a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; vigilância da saúde do trabalhador; vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; a vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde; e qualquer outro tipo de vigilância que pode ser realizada nos vários níveis de atenção à saúde, de estudos e pesquisa, além da própria comunidade (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

E então, em 2014, na tentativa de uma ressignificação para a VS, uma verdadeira força tarefa foi formada pelos principais órgãos responsáveis pela vigilância do Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em conjunto com o governo federal, buscaram criar um documento que serviria como base para a criação, em 2018, da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) ajustando o conceito de acordo com a proposta do SUS de ser universal, integral e equânime (GUIMARÃES et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2018).

Muito embora a publicação da PNVS busque contemplar a VS e a sua organização por meio da comunicação entre as vigilâncias, a sua incorporação junto a rede de saúde, do sistema de informação, da gestão do trabalho, da educação continuada, das pesquisas e do controle social juntamente à necessidade de regionalizar as ações e os serviços propostos pelo SUS, as orientações realizadas pelo Poder Executivo não predizem a regionalização dos serviços e das ações, uma vez que o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e o Sistema de

Vigilância Sanitária continuam a estruturar e executar as políticas organizativas para os serviços e ações adotadas (ALBUQUERQUE et al., 2019).

A importância da regionalização das ações locais realizadas de forma intersetorial pela VS reflete diretamente nas decisões tomadas em concordância com as necessidades reais da população assistida, desenvolvendo novas formas de operar o sistema e o serviço de saúde, tornando a assistência equânime e integral ao realizar a interação e envolvimento dos setores e atores ligados a realidade local, tornando a comunidade parte do processo (ARREAZA; MORAES, 2010). Ainda para Arreaza e Moraes (2010), o trabalho em saúde realizado de acordo com as prioridades dos problemas encontrados no contexto territorial é capaz de atender as necessidades de saúde de forma específica, agindo de forma consonante ao contexto no qual esta população está inserida, desta forma, fica a cargo dos profissionais da APS possuir a capacidade de identificar eventuais riscos sanitários com potencial a causar danos à saúde da população e comunidades aos quais estão inseridos, para conduzir ações, intersetoriais e interdisciplinares, que possam proporcionar um cuidado na integralidade da necessidade local.

2.2 A linha do tempo da Vigilância em Saúde no Brasil

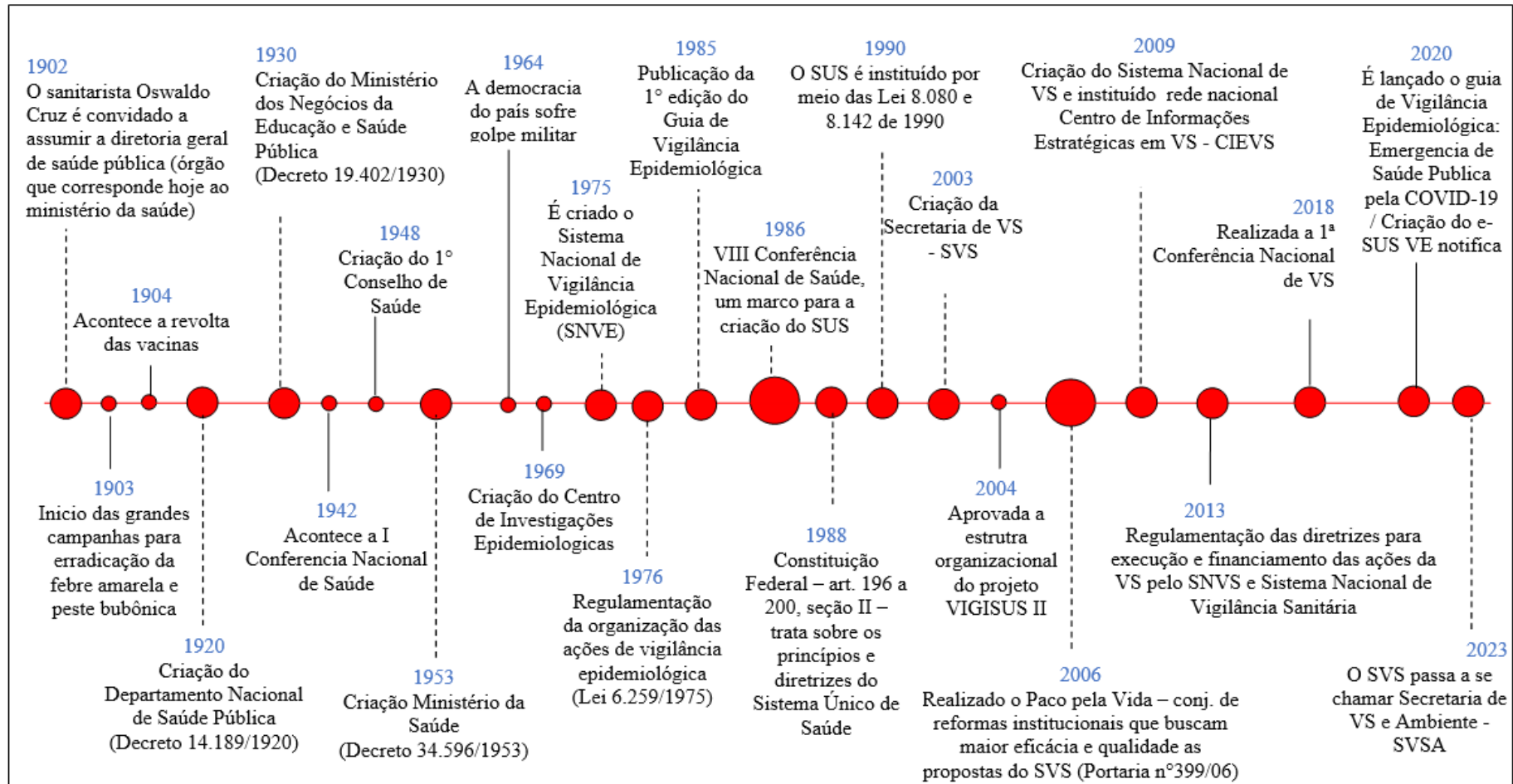


Figura 1 - Linha do tempo do desenvolvimento da Vigilância em Saúde no Brasil

Fonte: Fundação Nacional de Saúde, 2017; adaptado pela autora.

2.3 Vigilância em Saúde no Brasil e a Pandemia da COVID-19

A COVID-19 mostrou possuir alta transmissibilidade e patogenicidade desde o início do seu aparecimento na China em 2019, tornando-se um importante problema mundial de saúde (MARTINS RIBEIRO, 2020). Os sistemas de saúde internacionais e nacional mostraram fragilidades e falhas devido suas limitações na contenção da doença, ocasionando danos globais. Mesmo com todos os esforços da OMS em coordenar as orientações a serem seguidas, os países mostraram que não estavam preparados para uma pandemia, uma vez que não havia atualizações há 10 anos de planos de contingências para possíveis pandemias (AVENI, 2020).

No Brasil, ainda em janeiro de 2020, o Sistema de Vigilância Sanitária (SVS) respondeu de maneira imediata aos rumores de pandemia da COVID-19, realizando uma movimentação entre os órgãos competentes para o planejamento de ações de contingência, de prevenção e enfrentamento. Ainda em janeiro, foi publicado o Decreto nº 10.211 que reativou o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), além da publicação de edital para aquisição de equipamentos de proteção individual (EPIs) e demais insumos mínimos necessários para segurança dos profissionais de saúde que se encontravam na linha de frente ao enfrentamento da pandemia (CRODA; GARCIA, 2020).

Foram várias as estratégias adotadas pelo Sistema de Saúde no Brasil, diante da pandemia foi necessária uma reestruturação da prestação de serviços ofertados à população, as mudanças foram desde a reconfiguração dos espaços físicos para garantir o fluxo de atendimento, o dimensionamento adequado das equipes de saúde para garantir segurança conforme as recomendações, a educação em saúde tendo em vista as falhas na biossegurança dos profissionais, exigindo desses profissionais a revisão de suas competências, habilidades e atitudes em todos os níveis de complexidade da assistência à saúde (FERREIRA et al., 2020).

Além de todas as estratégias adotadas citadas, intervenções como o isolamento de pacientes, estado de quarentena, distanciamento e isolamento social foram adotadas para controle do avanço da doença (PEREIRA et al., 2020). Após não ser possível mais a identificação do caso fonte e seus contatos, devido ao grande número de infectados, alguns governos locais optaram por decretar quarentena e impor um isolamento social mais rígido à população, ou seja, durante a quarentena ficou obrigatório a mínima interação entre as pessoas, salvo em caso de garantia de suprimentos básicos à sobrevivência (SCHUCHMANN et al., 2020).

Em contrapartida das decisões tomadas pelos governantes locais, o então Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, tornou-se o maior opositor das medidas mais rígidas adotadas para contenção e avanço da COVID-19, como o isolamento social. Durante suas aparições e pronunciamentos, o argumento principal para se tornar contrário ao isolamento social era a defesa da economia e do emprego, no entanto a estratégia era utilizada na maioria dos países e recomendados por instituições científicas por todo o mundo, tornando o líder do país insensível diante do sofrimento humano e antagônico à ciência (CAMPOS, 2020).

No meio dessa disputa de decisões, encontravam-se a população e os profissionais de saúde, que se tornaram sobretudo susceptíveis a COVID-19. Assim como ocorrido por todos os países, inúmeros profissionais foram afastados de suas funções e/ou perderam a batalha contra a COVID-19. Estes profissionais demonstravam exaustão física e mental, dificuldade nas tomadas de decisões, e acima de tudo, ansiedade e medo diante da morte de pacientes, amigos e familiares (MEDEIROS, 2020). Para mitigar a contaminação dos profissionais de saúde, recomendações realizadas pela ANVISA, acerca da utilização adequada de EPIs foram realizadas, além disso, era necessário que fosse garantido o fornecimento desses EPIs, monitoramento dos parâmetros vitais desses profissionais, adequação dos fluxos operacionais e higienização das mãos constantemente, todas essas medidas aliadas a capacitação destes profissionais para identificação de situações potencialmente perigosas, como falhas na biossegurança do uso correto dos EPIs, se fizeram importantes para a segurança dos profissionais de saúde (SILVA et al., 2021).

2.4 Vigilância em Saúde em Manaus e a Pandemia da COVID-19

Em 2020, o percentual de 81% dos óbitos registrados por COVID-19, estavam concentrados em cinco estados brasileiros, sendo o Amazonas o estado com maior concentração de óbitos pela doença na região norte. Ocupando um espaço territorial de aproximadamente 60% do país, o estado apresenta historicamente dificuldades sociais, atribuída pela dificuldade na logística de deslocamento por se encontrar em uma região banhada por diversos rios. Sua capital Manaus, possui pontos com uma elevada dificuldade de acesso à saúde, principalmente na periferia e áreas metropolitanas da cidade (ORELLANA et al., 2020).

Estudos realizados desde o início da pandemia já alertavam para o risco de proporções desastrosas da COVID-19 no Amazonas, e em especial, em Manaus que é a capital e a cidade mais populosa do Estado (FERRANTE et al., 2020). Em maio de 2020, o sistema funerário da

capital amazonense colapsou, e em janeiro de 2021 foi a vez do sistema de saúde colapsar, por falta de leitos em enfermarias, em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e por falta de oxigênio (BARRETO et al., 2021).

Ainda em 2021, algumas medidas sanitárias foram tomadas para tentar amenizar o caos na capital amazonense, que tornava-se responsável por 53% do total de óbitos registrados pela COVID-19 no estado. Os poderes governamentais, estadual e municipal, juntamente com os órgãos de VS e de atenção a saúde do município e do estado, iniciaram de forma conjunta uma mobilização para tentar restringir não somente o fluxo de pessoas circulando pelas ruas da cidade, mas instalaram barreiras sanitárias impedindo o fluxo de entrada e saída de pessoas por meio fluvial, principal meio de transporte que liga a capital aos municípios do interior do Amazonas (COSTA et al., 2022).

Durante o mês de fevereiro de 2020 a dezembro de 2021, várias foram as condutas realizadas, pelo governo e órgãos responsáveis, na tentativa de conter o avanço da doença na cidade. Em 3 de fevereiro de 2020, foi criado o Centro de Operações de Emergência para enfrentamento da COVID-19 no Amazonas, em 16 de março foi decreto Estado de Emergência em Saúde Pública no Amazonas, desde então medidas não farmacológicas foram preconizadas, como o uso de mascarar, isolamento social, isolamento de sintomáticos, notificações de casos, investigações e o monitoramento das características epidemiológicas da doença, se mostraram estratégias eficazes (CORTÉS et al., 2021).

Em 2021, uma nova gestão municipal assumiu, e se viu em meio ao aumento exponencial de casos da doença, então foi necessário que as redes de Atenção Primária à Saúde (APS) fossem fortalecidas, novas estratégias e normas foram estabelecidas, intensificação do monitoramento e acompanhamento até a alta dos casos de Síndrome Gripal, além da organização do fluxo de imunização em massa da população, foram algumas das medidas realizadas pela gestão municipal. A comunicação e as ações de vigilância epidemiológica e de assistência a saúde buscavam de forma dinâmica interromper a cadeia de transmissão, proporcionando a otimização do manejo adequado de pessoas infectadas por COVID-19 (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2021).

2.5 A integração das ações de Vigilância em Saúde e o papel da Atenção Primária à Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da covid-19

Em definição, para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Atenção Primária em Saúde (APS) possui a capacidade equitativa e eficiente de responder de 80% a 90% das necessidades de saúde da população, de forma coletiva e individual, por meio da proximidade que envolve a estrutura desse tipo de atenção com a comunidade a qual está inserida. A consolidação dessa proximidade com a comunidade se dá por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando os serviços multiprofissionais de saúde mais acessíveis a essa comunidade (OPAS, 2021).

Quando o Sistema de Saúde está baseado de forma sólida na APS, com a ESF bem estabelecida e atuante, trabalhando com foco territorial a abordagem comunitária, é possível o enfrentamento de crises sanitárias e humanitárias de saúde sem descontinuar os cuidados já ofertados a população, ao qual o território e suas vulnerabilidades já são conhecidas pela equipe da ESF, que antes mesmo da pandemia, passou a assumir a importante função de atuar para o controle da transmissão de doenças, sob o olhar da VS (GIOVANELLA et al., 2020).

A ESF foi implantada há mais de 30 anos e em 2020, sua cobertura chegava a 63,62% da população no território brasileiro (BRASIL, 2023a), possui na essência da sua atuação a promoção e a prevenção de agravos por meio da vinculação dessa população juntamente as equipes multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos de enfermagem, assistentes de saúde bucal e agentes comunitários que pertencem a estas equipes (BRASIL, 2023b). Durante a pandemia, as ESFs inseridas em locais onde a vulnerabilidade social é dominante e a população possui maior propensão ao adoecimento devido as condições econômicas, tiveram sua atuação marcada pela ação como linha de frente no combate e enfrentamento a COVID-19 (FROTA et al., 2022).

Durante a pandemia a ESF que possui uma relação de confiança com os usuários, foi obrigada a reinventar seus métodos de acompanhamento as necessidades da comunidade, para que o trabalho não fosse ainda mais prejudicado, desta forma o uso de tecnologias já familiarizada pela comunidade foi uma das alternativas utilizadas, redes sociais como Whatsapp, onde é possível diálogos por mensagem escrita, de voz ou até mesmo por vídeo chamada, deram suporte efetivo ao acompanhamento e as orientações assertivas necessárias às pessoas com baixo grau de escolaridade e dificuldade de leitura, por exemplo (GARCIA ALVES, 2020).

Mesmo usando tecnologia a seu favor, a realidade é que sempre haverá paciente em unidades de saúde, portanto a reorganização do espaço físico para não promover a transmissão da COVID-19 foi necessária, pois alguns serviços não poderiam deixar de ser ofertados pela sua continuidade, assim como não se podia fechar as portas para os paciente suspeito por Síndrome Gripal. Desta forma, muitas unidades instalaram tendas para ofertar os serviços de saúde aos paciente que chegavam com suspeita de COVID-19, assim como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e OMS haviam orientado, todo esforço para garantir a segurança da população e dos próprios profissionais eram necessários, afinal a APS juntamente com a ESF sempre será a porta de entrada principal para todos os serviços do SUS (NEDEL, 2020).

Mesmo sendo notórias as fragilidades existentes e agravadas após a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, cujo mudanças nas configurações e no financiamento à essas equipes tornou-se um golpe a sua atuação e permanência (GIOVANELLA et al., 2020), as ESFs permaneceram como o modelo mais oportuno de apoio para a população que esteve em isolamento social, mantendo um elo entre a população e os profissionais de saúde, tornando-se essencial para a VS dos municípios ao realizar a detecção, a notificação e acompanhar novos casos da doença (GUADALUPE MEDINA et al., 2020).

Ainda para Guadalupe Medina (2020), são características das ESFs o estabelecimento de fluxos de informação entre os órgãos competentes e a população, e vice e versa, o incentivo ao isolamento de casos suspeitos e confirmados, conscientizar a população assistida sobre higiene e proteção, além do acompanhamento de casos confirmados leves. Buscando atender o público presente nas unidades de saúde de forma segura, garantindo a continuidade dos serviços próprias da APS, a segurança dos profissionais e resolutividade no cuidado aos pacientes com COVID-19, bem como propiciar meios para articular com os diversos níveis de atenção da saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE., 2018).

Porém, para que o trabalho da ESF seja bem sucedido na capilaridade de sua importância na APS, é necessário que sua atuação leve em consideração o contexto territorial, para limitação de situações problemas e necessidades da população de forma específica. A territorialização possui ligação intrínseca com as diretrizes propostas de forma estratégica pela Lei 8080/90, onde o município é responsável pela descentralização das políticas públicas com o objetivo de integrar as ações capazes de promover saúde e prevenir agravos à população. Desta forma, torna-se essencial que os trabalhos entre a APS e a VS caminhem de forma integrada, levando em consideração o território em comum para que o objetivo de suas ações sejam alcançadas,

baseando-se na integralidade, universalidade e equidade propostas pelo SUS (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2009).

No entanto, a integração da APS com a VS ocorre ainda de forma fragmentada, pois falta aos profissionais que entendam a importância de se conhecer as responsabilidades, competências e propósitos não somente de suas áreas de atuação, mas de todas as áreas que possuem ligação com o sucesso da promoção e prevenção à agravos, atuando de forma conjunta, realizando troca de informações entre si, desta forma, deveriam trabalhar de modo que sua gestão, sua base territorial e indicadores fossem integrados (SILVA et al., 2020).

Para que haja de fato a integração entre a APS e a VS são necessárias três ferramentas-chaves aos serviços de saúde envolvidos, são elas: planejar, programar e monitorar e avaliar, propondo uma reorganização do processo de trabalho em busca de melhores condições de vida para a população, valorizando os saberes e práticas multidisciplinares e intersetoriais, facilitando desta forma a promoção à saúde e prevenção de agravos a população num contexto territorial (IVANCKO et al., 2021)

3 MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um macroprojeto de pesquisa, desenvolvido em cinco estados brasileiros (Bahia, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Pernambuco e Amazonas). No Amazonas apenas a capital Manaus foi lócus de investigação, a qual nos detemos a apresentar no método a seguir.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, transversal e de abordagem quantitativa. Realizado a partir de dados primários para que fosse possível a investigação das ações de vigilância em saúde na Atenção Primária em Saúde da cidade de Manaus,

Os estudos quantitativos são caracterizados por dispor-se de processos possíveis de controle, na busca de avaliar e investigar fenômenos, indicadores tendências atuais. A postura de quem a atualiza deve-se manter neutra, seus dados são matemáticos analisados estatisticamente e que passam a orientar os resultados (MUSSI et al., 2019).

Na pesquisa descritiva são apresentadas as características da população ou fenômeno estudado, por meio de técnicas padronizadas, como questionários e uma observação sistemática. Este tipo de pesquisa descritiva pode possuir caráter exploratório, tornando a pesquisa mais compreensível ou até mesmo para a construção de hipóteses (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; PRODANOV; FREITAS, 2013).

Para descrever a característica da população, compreensão dos fatores associados com o fenômeno estudado e estimar a frequência de um determinado evento na área da saúde, foi utilizado o delineamento transversal neste estudo, que possuem caracteres importantes para o planejamento e ações em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2013).

3.2 População e sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo da pesquisa “Análise da integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Manaus”, foram profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que atuaram nas unidades de atenção primária à saúde listadas como referência à atenção a COVID-19 no ano de 2020 a 2021 durante o contexto pandêmico no município de Manaus.

3.3 Local de estudo

As unidades da Atenção Primária à Saúde em Manaus são organizadas por zonas territoriais (norte, sul, leste, oeste e rural), a qual respondem ao Distrito Sanitário de Saúde (DISA) da sua respectiva zona. Foram selecionadas as unidades de saúde referências no atendimento da COVID-19 das zonas norte, sul, leste e oeste, que concentraram o atendimento a novos casos da doença no período pandêmico de 2020 a 2021.

De acordo com a Secretaria municipal de saúde as unidades que foram referência no atendimento a COVID-19, no período supracitado, totalizam 22 e estão estratificadas por distrito sanitário de saúde e são: Disa Norte (UBS Móvel 01; USF Sálvio Belota; USF Balbina Mestrinho; USF Áugias Gadelha; USF Clínica da Família Carmen Nicolau; USF Arthur Virgílio Filho); Disa Leste (UBS Móvel 4; USF Maria Leonor Brilhante; USF Dr Alfredo Campos; USF Dr José Amazonas Palhano; USF Gebes De Melo Medeiros Filho; USF Enfermeira Ivone Lima dos Santos); Disa Oeste (UBS Móvel 03; USF Leonor de Freitas; USF Deodato de Miranda Leão; USF Santos Dumont); Disa Sul (USF Nilton Lins; USF Dr José Rayol Dos Santos; USF Morro da Liberdade; USF Dr Luiz Montenegro; USF Theomário Pinto da Costa; USF Theodomiro Garrido).

3.4 Critérios de elegibilidade

Os participantes foram incluídos na pesquisa quando todos os critérios listados foram alcançados pelo sujeito: aceitarem participar do estudo; estarem há pelo menos um ano no serviço; ser profissional de saúde do serviço e estar com nome no Cadastrado Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como profissional do local de atuação. Foi considerado excluído da pesquisa o sujeito que não satisfizesse qualquer um dos critérios apresentados a fim de se evitar viés de seleção.

Considerou-se como perda na pesquisa os casos em que não foi possível acessar o profissional em pelo menos três tentativas.

3.5 Coleta dos dados

A coleta de dados teve seu início em maio de 2023 após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Os profissionais de saúde foram abordados de maneira

presencial em seu local de trabalho durante seu intervalo entre suas consultas. Neste momento, foi apresentada ao participante a descrição da pesquisa e a sua importância para compreensão da atuação da vigilância na Atenção Primária à Saúde durante o contexto pandêmico entre 2020 e 2021, período de maior concentração de novos casos da doença.

Ao aceitar lhes era oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em duas vias ficando uma cópia assinada com o participante e outra com a pesquisadora. Nesse momento, eles recebiam um questionário aplicado, com questões fechadas e comunicados que após 7 dias a pesquisadora retornaria à unidade no mesmo horário para recolhimento do questionário devidamente respondido.

Os profissionais atuantes nas unidades localizadas no DISA sul, foram os primeiros a serem abordados, por estratégia de logística da pesquisadora, onde a mesma aborda o profissional em seu consultório, durante seu intervalo entre as consultas.

3.6 Instrumentos de coleta dos dados

O instrumento para coleta dos dados era um questionário estruturado específico para os profissionais de saúde da APS (Apêndice B). O referido instrumento é estruturado em onze blocos cada um com quantitativo específico de questões, como detalhado a seguir: Bloco I - Características sócio demográficas (08 questões); Bloco II - Características gerais e ocupacionais (09 questões); Bloco III - Infraestrutura da unidade básica de saúde no contexto da pandemia de COVID-19 (13 questões); Bloco IV - Organização da unidade de saúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 (06 questões); Bloco V - Ações de vigilância da COVID-19 realizadas na unidade básica de saúde (4 questões); Bloco VI - apoio social a grupos vulneráveis no contexto da pandemia de COVID -19 (01 questão); Bloco VII - Manutenção das ações realizadas na unidade básica de saúde (11 questões); Bloco VIII - Organização do processo de trabalho durante a pandemia (5 questões); Bloco IX - Ações de qualificação dos trabalhadores para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 (2 questões); Bloco X - Sobre contaminação e retorno ao trabalho pós COVID-19 (7 questões); Bloco XI - Saúde mental (16 questões).

3.7 Procedimento de análise

Os questionários respondidos foram estruturados no aplicativo Jamovi versão (2.3.26), para posterior análise.

Os dados obtidos por meio do questionário entregue aos profissionais, foram analisados pelas dimensões (blocos) e variáveis (questões), característica sociodemográfica dos profissionais; características gerais e ocupacionais; infraestrutura da unidade de saúde no contexto da pandemia da COVID-19; organização da unidade de saúde para o enfrentamento da COVID-19; ações de vigilância da COVID-19 realizadas na unidade básica de saúde; apoio social a grupos vulneráveis no contexto da pandemia COVID-19; manutenção das ações realizadas na unidade básica de saúde; organização do processo de trabalho durante a pandemia, ações de qualificação dos trabalhadores para o enfrentamento da pandemia da COVID-19; sobre contaminação e retorno ao trabalho pós COVID-19 e saúde mental. Para efeito de pesquisa, as dimensões e variáveis foram classificadas da seguinte forma:

Bloco I – variáveis sociodemográficas – com objetivo de classificar quem são os profissionais atuantes durante o contexto pandêmico quanto a idade, sexo, gênero, raça/cor, maior grau de escolaridade, renda, familiar, se reside com alguém de grupo de risco e se alguém mais em sua residência atua na área da saúde.

Bloco II – características gerais e ocupacionais – identificando o município de atuação, o tipo de unidade e onde a mesma está inserida, em área urbana ou rural, casos da COVID-19 entre os residentes inseridos no território de sua atuação, óbito entre estes residentes, sua ocupação, quantidade de horas semanal da jornada de trabalho, o tempo de atuação na unidade de saúde e o tipo de vínculo empregatício que possui.

Bloco III – infraestrutura da unidade de saúde no contexto da pandemia da COVID-19 – busca saber se os profissionais de saúde tiveram recursos como Equipamentos de Proteção Individual, além de disponibilidade de álcool em gel, bem como água e sabão para assepsia das mãos, se houve mudança na organização do espaço físico da unidade para receber os casos da COVID-19, se houve criação de refeitório adaptados aos profissionais, se há disponibilidade de rede de internet, telefone fixo, celular institucional ou pessoal, tablets para contato com os pacientes, se a unidade dispõe de computadores e quais sistemas de informações são alimentados, além de equipamentos para verificação e sinais vitais e suporte aos pacientes que buscavam a unidade.

Bloco IV – organização da unidade de saúde para o enfrentamento da COVID-19 – para conhecimento das modificações das atividades e fluxos de atendimento realizadas durante

período pandêmico, procurou saber se as atividades de atendimentos de atenção à saúde básica foram suspensas, se o fluxo de atendimento foi reestruturado com atendimentos exclusivos ou não de novos casos, além da realização do monitoramento de casos suspeitos ou confirmados em isolamento domiciliar em seu território e se houve atividades online para dar continuidade a assistência, e de saúde bucal, aos paciente acometidos por COVID-19.

Bloco V – ações de vigilância da COVID-19 realizadas na unidade básica de saúde – com objetivo de conhecer a interação entre a unidade de saúde e a vigilância em saúde, buscou-se sobre as informações recebidas de vigilância da secretaria municipal, quais ações de vigilância a unidade realizou, se houve articulações entre a unidade e a vigilância epidemiológica e/ou vigilância sanitária.

Bloco VI – apoio social a grupos vulneráveis no contexto da pandemia COVID-19 – identificar se houve desenvolvimento de alguma atividade de apoio social a grupos vulneráveis para o enfrentamento da COVID-19.

Bloco VII – manutenção das ações realizadas na unidade básica de saúde – para identificação da continuidade das atividades de rotina da unidade de saúde, buscou-se saber sobre a continuidade de atendimentos de pré natal, saúde da criança, realização de testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis, consultas a hipertensos e diabéticos, atividades educativas, dispensação de medicamentos a usuários, além do atendimento a demanda e espontânea e serviços relacionados à saúde bucal.

Bloco VIII – organização do processo de trabalho durante a pandemia – observando se estes profissionais tiveram sua jornada de trabalho alterada, se foram alteração na programação de atividades fisiológicas básicas, se houve implantação de ponto eletrônico, se houve proibição de múltiplos vínculos profissionais e se o profissional considerou suficiente a quantidade de profissionais desenvolvendo ações de vigilância da COVID-19.

Bloco IX – ações de qualificação dos trabalhadores para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 – com o propósito de se conhecer a fonte de informação utilizada, e se estes profissionais receberam capacitação para o enfrentamento a COVID-19.

Bloco X – sobre contaminação e retorno ao trabalho pós COVID-19 – a fim de classificar se estes profissionais atuantes possuem alguma comorbidade, como hipertensão e/ou diabetes, se foi diagnosticado com COVID-19, qual o período de afastamento deste profissional, qual foi o seu grau de acometimento pela COVID-19, se houve sequelas após o retorno a suas atividades laborais, se obteve apoio junto a instituição após o seu adoecimento por COVID-19 e se foi considerado acidente de trabalho ao adquirir a doença.

Bloco XI – saúde mental – para que se entenda as dificuldades encontradas com relação a saúde mental destes profissional, buscou-se saber se ele foi diagnosticado com algum sofrimento mental, se houve alterações de humor, se buscou ajuda profissional com um psicólogo ou psiquiatra enquanto profissional atuante durante a pandemia e problemas que podem ter sido desenvolvidos pós período pandêmico, como: sentimentos negativos, baixa produtividade, dificuldade para dormir, dificuldade de concentração, sentir falta de esperança, sentir-se triste, sentir-se cansado, perda de controle, medo de contaminar-se, incerteza, falta de liberdade, instabilidade emocional, nervosismo ou sensação de bem estar.

Foi realizada análise descritiva dos dados, na qual as variáveis foram analisadas conforme suas características, distribuição, média. Foram elaboradas tabelas e gráficos apresentando frequência e percentual das variáveis e suas categorias.

Buscando responder aos objetivos específicos desta pesquisa, o questionário não foi utilizado na íntegra, sendo utilizados somente as questões conforme descritos a seguir: Bloco I na íntegra para caracterização sociodemográfica e profissionais dos participantes; para responder ao objetivo da pesquisa sobre as ações de vigilância em saúde no âmbito da atenção primária em saúde em Manaus foram utilizados as questões V.1, V.2, V.3,V.4 do Bloco V, além da questão IV.4 do Bloco IV; para responder ao objetivo que buscava identificar as tecnologias que se mostraram apropriadas para apoiar o trabalho das equipes de saúde para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 no âmbito da APS foram utilizadas as questões IV.5 do bloco IV e as questões III.6, III.7, III.8, III.9, III.10, III.11 e III.13; e para responder ao último objetivo, identificar as ações de vigilância voltadas para a proteção da saúde e redução dos riscos relacionados a COVID-19 para a população e profissionais da APS, foram utilizadas as questões III.1, III.2, III.3, III.4, e III.5 do Bloco III e as questões VIII.2, VIII.3, VIII.4 e VIII.5 do Bloco VIII.

3.8 Aspectos éticos

Os riscos deste projeto aos seus participantes foram mínimos, e nele foram resguardadas as questões éticas de confidencialidade da identidade dos sujeitos da pesquisa, seus direitos de participação livre e esclarecida, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dentre as outras recomendações das normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia (parecer n 4.281.848) e pelo CEP da Universidade do Estado do Amazonas (parecer n 5.006.513), conforme Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.9 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa seria suspensa ou encerrada caso o sujeito alegasse incômodo ou prejuízo com a realização da pesquisa e/ou aplicação do formulário. Embora considerado que não houvesse potencial de qualquer prejuízo com a realização desta pesquisa de caráter exploratório.

4. RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se com a descrição da amostra. Na sequência apresentamos as ações de vigilância em saúde no âmbito da atenção primária, sinalizando as dificuldades e potencialidades enfrentadas pelos profissionais de saúde, para a proteção da saúde e redução dos riscos relacionados a COVID-19. Em seguida são identificadas as tecnologias que se mostraram apropriadas para apoiar o trabalho das equipes de saúde para o enfrentamento da pandemia. E, finalizamos com a identificação das ações de vigilância voltadas para a proteção da saúde e redução dos riscos relacionados a COVID-19 para a população e profissionais da APS.

Durante o período de coleta de dados, foi possível observar barreiras para alcançar o público-alvo da pesquisa, médicos, enfermeiros e dentistas. Os profissionais pré-selecionados para participar da pesquisa surgiram após acesso ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em dezembro de 2022, no entanto, após a onda pandêmica, muitos dos profissionais inseridos no CNES não estavam mais atuantes, seja por motivos de aposentadoria ou remanejamento de unidade de saúde, entre os contactados, haviam profissionais que foram afastados das atividades laborais durante a pandemia por se enquadrarem no grupo de risco. Portanto, este estudo foi composto por uma amostra de 104 profissionais, sendo 31 médicos, 54 enfermeiros e 19 dentistas.

4.1 Características dos entrevistados

A população deste estudo constituiu-se de 104 profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus. Na Tabela 1 estão presentes as características dos profissionais participantes do estudo. Ao observar as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais, verificou-se que, entre os 104 profissionais de saúde atuantes na APS em Manaus, que foram entrevistados no período de abril a dezembro de 2023, houve o predomínio de profissionais do sexo feminino (68%), que se encontram na faixa etária entre 31 e 59 anos (84,6%) e 54 dos participantes (51,9%) são profissionais de enfermagem, onde a especialização é seu maior grau de escolaridade (67,3%).

Ao analisar o tipo de unidade em que atuavam, 64 profissionais (61,5%) responderam Unidade de Saúde da Família (USF), a um tempo inferior a 5 anos (55,8%) e se apresentam em

Regime de Direito Administrativo (RDA) com 52,4%, outras informações são descritas na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos profissionais de saúde participantes do estudo. Manaus, Amazonas, Brasil, 2023. (n=104).

	n	%
Sexo		
Feminino	71	68,0
Masculino	33	31,7
Faixa etária		
Até 30 anos	10	9,6
Entre 31 e 59 anos	88	84,6
60 anos e mais	6	5,8
Raça		
Branca	51	49
Preta	5	4,8
Parda	46	44,2
Indígena	2	1,9
Ocupação		
Dentista	19	18,3
Enfermeiro (a)	54	51,9
Médico (a)	31	29,8
Escolaridade		
Nível superior completo	19	18,3
Residência	10	9,6
Especialização	70	67,3
Mestrado	3	2,9
Doutorado	2	1,9
Tipo de unidade		
UBS	40	38,5
USF	64	61,5
Tempo de serviço		
Inferior a 5 anos	58	55,8
Superior a 5 anos	46	44,2
Vínculo empregatício		
Estatutário	48	46,6
Regime de direito administrativos	54	52,4
não sabe	1	1,0

Fonte: Dados da pesquisa, (2024).

4.2 Ações de vigilância em saúde na APS: dificuldades e potencialidades

A articulação entre as vigilâncias e a APS representa ações necessárias para identificação e monitorização de agravos, como o ocorrido com a COVID-19. Na Tabela 2, são descritas as variáveis das dificuldades e potencialidades encontradas pelos profissionais para realização de ações de vigilância em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) em Manaus. Foi analisado se os profissionais recebiam informações sobre notificações de casos pela secretaria municipal de saúde (SMS); sobre a existência de uma articulação entre a unidade de saúde e a vigilância epidemiológica e entre a vigilância em saúde; e quais as ações de vigilância realizadas da COVID-19 na unidade.

Quando perguntados sobre a periodicidade de recebimento de informações sobre os casos notificados pela SMS, a maioria 65,3% (n=68) referiram ser sem periodicidade definida ou não lembrar/ não saber. Chama atenção que apenas 14,4% (n=15) destes profissionais afirmaram receber em até ou mais de 24h informações sobre notificações de casos de uma doença altamente transmissível, uma fragilidade já que a troca dessas informações poderia contribuir para elaboração de ações assertivas para enfrentamento da COVID-19.

Outra dificuldade encontrada pelas informações coletadas está relacionada a articulação entre as Vigilâncias e a APS em momento pandêmico, pois quando questionados sobre a interação entre a unidade de saúde e a Vigilância Epidemiológica e a vigilância em saúde, 42,3% (n=44) e 38,5% (n=40), respectivamente consideraram incipientes as referidas interações.

Ao serem questionados quanto ao monitoramento realizado de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 em isolamento domiciliar pela unidade de saúde ao qual estes profissionais estão inseridos, 86,4% (n=89) dos profissionais afirmaram não ter sido realizado ou não sabe/ lembra. Ao apontar a dificuldade encontrada para realização desta ação, uma vez que nestas unidades de saúde encontram-se as Estratégias Saúde da Família (ESF), no qual seu maior objetivo seria a proximidade com a comunidade, apenas 10,7% (11) afirmaram a existência do monitoramento clínico dos casos confirmados ou suspeitos a cada 24 h a 48h, demonstrando dificuldade ao usar o vínculo estabelecido outrora.

Quando questionados quanto as ações de vigilância realizadas por eles dentro ou fora da unidade, 72,1% (n=75) dos profissionais afirmaram ter realizado essas ações educativas para uso correto de Equipamento Proteção Individual (EPI) e 54,8% (n=57) sobre distanciamento social. Outra ação mais referida por 65,4% (n=68) profissionais foi a realização da testagem rápida, enquanto a notificação de novos suspeitos teve 71,2% (n=74), ações importantes e que se torna uma potencialidade, pois colabora para o desenvolvimento de ações de vigilância

realizadas pela APS, apontando para uma potencialidade dos profissionais, mesmo com as dificuldades impostas pelo momento vivenciado.

Outras ações também foram sinalizadas, como as orientações por escrito e/ou com apoio audiovisual sobre quarentena e/ou isolamento social apenas 17,3% (n=18) destes profissionais. Já para a coleta de material oro e nasofaringe para RT-PCR, somente 27,9% (n=29) destes profissionais afirmaram que realizavam, mesmo que este seja considerado o exame padrão ouro para diagnósticos de novos casos, mostrando uma fragilidade na utilização desta ferramenta para realizações de ações de vigilância na APS.

Uma ação que poderia contribuir para o isolamento de pessoas contaminadas e minimizar o avanço da doença e que sugere uma dificuldade enfrentada por estes profissionais, seria a identificação de sintomáticos respiratórios na comunidade e/ou instituições de longa permanência de idosos da área de abrangência dessas unidades, porém apenas 21,1% (n=22) destes profissionais afirmaram que realizaram essa atividade.

Tabela 02: Ações de vigilância entre as Vigilâncias e a APS. Manaus, Amazonas, Brasil, 2023. (n=104). (continua)

	n	%
Recebimento de informações sobre notificação de casos pela Secretaria Municipal de Saúde		
Não recebe informações	20	19,2
Em até ou mais de 24h	15	14,4
Sem periodicidade definida	30	28,8
Não lembra/não sabe	38	36,5
Existência de articulação entre a unidade de saúde e a Vigilância Epidemiológica		
Considera incipiente	44	42,3
Considera suficiente	39	37,5
Não lembra/não sabe	21	20,2
Existência de articulação entre a unidade de saúde e a Vigilância em Saúde		
Não	1	1
Considera incipiente	40	38,5
Considera suficiente	38	36,5
Não lembra/não sabe	25	24,0
Em sua unidade é realizado o monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 em isolamento domiciliar?		
Não foi realizado monitoramento	50	48,5
Sim, monitoramento clínico dos casos confirmados a cada 24 h a 48h	9	8,7
Sim, monitoramento clínico de casos confirmados sem periodicidade definida	7	6,8
Sim, monitoramento clínico dos casos suspeitos a cada 24 h a 48h	2	2

Tabela 02: Ações de vigilância entre as Vigilâncias e a APS. Manaus, Amazonas, Brasil, 2023. (n=104). (conclusão)

	n	%
Sim, monitoramento clínico de casos suspeitos sem periodicidade definida	3	2,9
Não sabe / Não lembra	39	37,9
Ações de Vigilância da COVID-19 realizadas*		
Não foram realizadas ações	0	0
Ações educativas para usuários da unidade de saúde sobre o uso de EPIs	75	72,1
Ações educativas para usuários da unidade de saúde sobre distanciamento físico e social	57	54,8
Orientações por escrito e/ou com apoio audiovisual sobre quarentena e/ou isolamento social	18	17,3
Realização de testagem rápida	68	65,4
Realização de notificação de casos suspeitos	74	71,2
Coleta de material oro e nasofaringe para RT-PCR	29	27,9
Identificação de sintomáticos respiratórios na comunidade e/ou instituições de longa permanência de idosos	22	21,1
Ações educativas em instituições de idosos para adoção de medidas de segurança	3	2,9
Ações educativas em qualquer outro tipo de instituição pública e/ou estabelecimentos comerciais	7	6,7
Não sabe/não lembra	10	9,6

Fonte: Dados da pesquisa, (2024)

*Foi possível mais de uma resposta para cada profissional (soma>100%)

4.3 As tecnologias utilizadas no apoio ao trabalho das equipes de saúde

Durante a pandemia, diversas tecnologias serviram de apoio para a realização do trabalho dos profissionais que estiveram atuantes e não foi diferente na Atenção Primária à Saúde (APS). Essas tecnologias podem ser caracterizadas como leves, quando são construídas por meio de uma relação e vínculo, ou duras, quando advém da disponibilidade de insumos para execução das atividades em saúde (DE BARROS; DA SILVA LIMA; DE PAULA MAGALHÃES, 2021).

Os insumos para a aferição de sinais vitais como o nível de saturação no sangue (SPO₂) e a temperatura era um diferencial para a triagem de sintomáticos respiratórios, ainda assim, somente 85,6% profissionais (n=89) afirmaram que o oxímetro, um aparelho portátil que mensura com facilidade a SPO₂, estava disponível. Enquanto, 66,3% (n=69) profissionais afirmaram contar com o termômetro para execução do trabalho durante a pandemia. A

disponibilidade de oxigênio aos pacientes foi sinalizada por 33,7% (n=35) dos participantes e somente 11,5% (n=12) disse ter medicações para a estabilização de pacientes com gravidade de saúde moderada à grave que buscavam essas unidades. Quando questionados sobre medicação para síndrome gripal, 67,3% (n=70) afirmou estar disponível para a população (Tabela 3).

Com relação a testagem rápida para COVID-19, 94,2% profissionais (n=98) afirmaram que este insumo estava disponível para apoio ao trabalho durante o recorte temporal que se tornou mais caótico para a população da cidade de Manaus, nos anos de 2020 e 2021. No entanto, a utilização do exame padrão ouro para detecção da COVID-19, o RT-PCR foi sinalizado por apenas 34,6% profissionais (n=36), demonstrando o uso da testagem rápida como preferencial para detecção de novos casos na APS (Tabela 3).

O uso da internet para desenvolvimento de atividades on-line pode ser considerado como uso de tecnologia leve e mostrou-se de grande valia durante o distanciamento social e individual, porém ao serem questionados, 94,2% profissionais (n=98) afirmaram não ter realizado nenhuma atividade on-line, deixando de usar essa tecnologia como ferramenta, assim como outras áreas utilizaram fortemente, como o setor da educação, por exemplo. Assim, somente 3,9% desses profissionais (n=4) afirmaram ter feito uso desta ferramenta para a realização da telessaúde junto a população da sua área de abrangência e atuação (Tabela 3).

Quando questionados sobre a disponibilidade da telefonia fixa na unidade, 63,5% dos profissionais (n=66) afirmaram não possui essa tecnologia de apoio, somado aos 21,2% dos profissionais (n=22) profissionais que afirmaram não lembrar/não saber. Já dentre os profissionais que afirmaram fazer uso deste tipo de tecnologia, 7,7% (n=8) afirmaram ser insuficiente e outros 7,7% (n=8) afirmaram serem suficiente (Tabela 3).

Quando o assunto é telefonia móvel, acredita-se que os dados encontrados poderiam ser mais positivos devido a facilidade e praticidade em que o uso de celulares e smartphones são utilizados atualmente, porém 48,1% dos profissionais (n=50) afirmam possui o aparelho em suas unidades, no entanto em quantidade insuficiente para a demanda encontrada durante a pandemia. Assim, somente 21,2% dos profissionais (n=22) afirmaram acreditar ser em quantidade suficiente. Também afirmaram não saber ou não lembrar da disponibilidade de aparelhos celulares 21,2% (n=22), e somente 9,6% dos profissionais (n=10) disseram não existir o uso desta tecnologia como apoio durante o enfrentamento da COVID-19 (Tabela 3).

Uma alternativa para a escassez da disponibilidade de aparelhos de telefonia móvel disponibilizados pela unidade de saúde poderia ser o uso do aparelho móvel particular do profissional, porém 58,7% dos profissionais (n=61) afirmaram que nunca usaram o aparelho particular para entrar em contato com os pacientes, 12,5% (n=13) sinalizaram que que

raramente usaram, enquanto que 18,3% (n=19) apontaram o uso algumas vezes durante a pandemia e somente 10,6% (n=11) afirmaram que sempre fizeram uso do aparelho particular para entrar em contatos com os pacientes (Tabela 3).

Tão importante quanto a disponibilidade de aparelhos telefônicos, é a qualidade de acesso à internet. Apenas 1,9% (n=2) dos profissionais participantes afirmaram que suas unidades não tinham acesso à internet, já para 38,5% (n=40) o acesso à internet existia, no entanto consideravam a qualidade do sinal ruim e para a maioria dos profissionais 59,6% (n=62) consideravam a qualidade do sinal da internet como regular ou bom. Fato que pode ter contribuído para a baixa realização de atividades on-line (Tabela 3).

Para que o acesso à internet possa ser realizado, é necessário o apoio de tecnologias duras como computadores. Quando perguntados com relação a quantidade de aparelhos disponíveis em suas unidades, somente 1% (n=1) dos profissionais afirmou que sua unidade não havia acesso a computadores, e para 61,5% (n=64) havia em quantidade insuficiente ou em condições ruins de uso, já para 36,5% (n=38) profissionais havia quantidade suficiente de computadores e em boas condições de uso (Tabela 3).

Com o avanço da tecnologia, o uso de tablets no auxílio da prestação de serviços durante a pandemia foi uma realidade em diversos lugares, em Manaus não deveria ser diferente. Apesar de todo avanço tecnológico, os dados obtidos mostram que Manaus não evoluiu com relação ao uso de tecnologias importantes que poderiam auxiliar na prestação de assistência a pacientes durante a pandemia, pois para 68,3% (n=71) dos profissionais que participaram do estudo, não haviam tablets disponíveis, 4,8% (n=5) que existiam, no entanto, eram em quantidade insuficiente, somente 1% (n=1) sinalizou que a quantidade de tablets era suficiente e 26% (n=27) afirmaram que não sabiam ou não lembravam da existência de tablets durante a pandemia (Tabela 3).

Tabela 3: Tecnologias de apoio ao trabalho das equipes de saúde. Manaus, Amazonas, Brasil, 2023. (n=104). (continua)

	n	%
Insumos disponíveis para desenvolvimento do trabalho*		
Oxímetro	89	85,6
Oxigênio	35	33,7
Medicamentos para síndrome gripal	70	67,3
Medicamentos para estabilização	12	11,5
Termômetro	69	66,3
Teste rápido para COVID-19	98	94,2
Material para coleta de RT-PCR COVID-19	36	34,6

Tabela 3: Tecnologias de apoio ao trabalho das equipes de saúde. Manaus, Amazonas, Brasil, 2023. (n=104). (conclusão)

	n	%
Realização de atividades online voltada as pessoas com COVID-19		
Não desenvolveu atividades	98	94,2
Uso de recursos de Telessaúde (tele consulta, Telemonitoramento, tele orientação)	4	3,9
Não sabe/não lembra	2	1,9
Existência de telefonia fixa na unidade de saúde		
Não	66	63,5
Em quantidade insuficiente	8	7,7
Em quantidade suficiente	8	7,7
Não sabe/não lembra	22	21,2
Existência de telefonia móvel na unidade de saúde		
Não	10	9,6
Em quantidade insuficiente	50	48,1
Em quantidade suficiente	22	21,2
Não sabe/não lembra	22	21,2
Uso de telefonia móvel pessoal		
Sempre	11	10,6
Algumas vezes	19	18,3
Raramente	13	12,5
Nunca	61	58,7
Acesso à internet		
Não	2	1,9
Sinal ruim	40	38,5
Sinal regular ou bom	62	59,6
Existência de tablet na unidade de saúde		
Não	71	68,3
Em quantidade insuficiente	5	4,8
Em quantidade suficiente	1	1
Não sabe/não lembra	27	26
Existência de computadores na unidade de saúde		
Não	1	1
Em quantidade insuficiente ou condições ruins de uso	64	61,5
Em quantidade suficiente e boas condições de uso	38	36,5
Não sabe/não lembra	1	1

Fonte: Dados da pesquisa, (2024)

*Foi possível mais de uma resposta para cada profissional (soma>100%).

4.4 Proteção à saúde e redução de riscos dos profissionais da APS

Na Tabela 4 pode-se observar a relação entre a disponibilidade suficiente e insuficiente de máscaras faciais aos usuários e/ou sintomáticos respiratórios, onde 50,9% (n=53) dos profissionais afirmaram que estava disponível em quantidade suficiente e 49,1% (n=51) em quantidade insuficiente para a demanda imposta, este resultado mostra a fragilidade nas ações para minimizar o avanço da doença ou até mesmo de garantir a estes profissionais o mínimo de segurança durante a execução de suas atividades, uma vez que quase a metade destes profissionais apontam insuficiência num insumo de proteção tão importante.

Outro insumo bastante utilizado durante a pandemia foi o álcool em gel e a lavagem das mãos com água e sabão. Uma potencialidade encontrada durante a pesquisa é a sinalização dos participantes quando questionados sobre a disponibilidade destes insumos, todos os participantes afirmaram que eles foram disponibilizados, enquanto 86,6% (n=90) dos profissionais afirmaram que estavam disponibilizados tanto em áreas comuns quanto em setores administrativos e 96,2% (n=100) afirmaram ainda que estão disponíveis nos consultórios e em salas de procedimentos, locais de maior circulação de usuários (Tabela 4).

Quando questionados sobre a disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o estudo mostrou outra potencialidade para a proteção à saúde e redução de riscos dos profissionais da APS, considerando que cada profissional poderia afirmar a disponibilidade de mais de um item, a disponibilidade de máscaras cirúrgicas foi de 86,5% (n=90), de máscara N95 foi de 54,8% (n=57) de avental 70,2% (n=73) e de gorro foi de 68,3% (n=71), quando questionados sobre a disponibilidade de proteção facial como óculos e/ou visor, 55,8% (n=58) afirmaram estar disponíveis durante o período mais pandêmico da cidade de Manaus (Tabela 4).

A mudança na organização do espaço físico se fez necessária não somente para fácil reconhecimento dos pacientes suspeitos e/ou confirmados como casos novos da COVID-19, mas visando assegurar um ambiente mais seguro aos profissionais atuantes na linha de frente, especificamente na porta de entrada ao Sistema de Saúde. Uma mudança significativa foi o comprimento das recomendações de órgãos responsáveis para se manter o distanciamento entre os usuários, quanto a isso 49% (n=51) sinalizaram o cumprimento desta orientação. Com relação as mudanças na triagem de sintomáticos respiratórios, 35,6% (n=37) afirmaram ter ocorrido, no entanto, 30,8% (n=32) afirmaram que não houve nenhuma mudança e/ou não lembrar de ter ocorrido alguma mudança (Tabela 4).

Outra recomendação dada pelos órgãos responsáveis eram mudanças em locais de uso comum aos profissionais das unidades de Saúde, como o refeitório. Porém, 57,5% (n=60) dos profissionais disseram que não foi criado e/ou adaptado um refeitório durante a pandemia e 31,7% (n=33) afirmaram ter sido criado e/ou adaptado esse espaço de uso coletivo aos profissionais (Tabela 4).

Com relação a jornada de trabalho, 85,6% (n=89) dos profissionais afirmaram que não houve alteração alguma, já 11,5% (n=12) observaram um aumento na jornada de trabalho. Para garantir que as jornadas fossem cumpridas, a permanência de um ponto eletrônico era essencial, pois com a grande rotatividade de profissionais adoecidos, era necessário que os serviços de saúde permanecessem sendo ofertados, porém, surpreendentemente, 85,6% (n=89) dos profissionais participantes do estudo demonstraram não saber e/ou lembrar sobre o uso do ponto eletrônico durante a pandemia (Tabela 4).

Uma medida também orientada pelos órgãos de saúde responsáveis foi a proibição de múltiplos vínculos, com o objetivo de minimizar os riscos de contaminação cruzada, uma vez que o profissional poderia transitar por diversos setores e para evitar a sobrecarga, já que o cansaço e desgaste físico e emocional dos profissionais se tornou notório no decorrer de todo período pandêmico. Mesmo sendo uma recomendação realizada pelos órgãos responsáveis, 47,1% (n=49) dos participantes afirmaram desconhecer a proibição de múltiplos vínculos, enquanto 32,7% (n=34) sinalizaram ter conhecimento sobre a proibição de mais de um vínculo e 20,2% (n=21) referir não saber e/ou lembrar sobre essa proibição (Tabela 4).

Com relação a suficiência da quantidade de colaboradores atuantes em meio a pandemia, 52,9% (n=55) dos profissionais sinalizaram ser suficiente e 46,2% (n=48) que era insuficiente a quantidade de colaboradores em suas unidades de saúde durante a pandemia (Tabela 4).

Foi perguntado aos profissionais de saúde com relação a existência de pausas programadas para satisfação de suas necessidades fisiológicas exigidas pela natureza humana durante a atuação contra a COVID-19. Considerando que era possível mais de uma resposta por participante, 20,2% (n=21) dos profissionais sinalizaram a existência de pausas para a alimentação entre as jornadas de trabalho, 23,1% (n=24) que existiam pausas para as necessidades fisiológicas, 28,8% (n=30) que existiam pausas para a troca de Equipamentos Individuais de Proteção (EPI), 24% (n=25) que houve pausas para outras necessidades. Porém, chama a atenção que 40,4% (n=42) sinalizaram que não houve pausas durante a jornada, o que teoricamente contribuiu para o cansaço e o desgaste físico e mental destes profissionais (Tabela 4).

Tabela 4: Disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual (n=104). Manaus, Amazonas, Brasil, 2023. (continua)

	n	%
Disponibilidade de máscaras faciais aos usuários e/ou sintomáticos respiratórios		
Não	11	10,6
Sim, quantidade suficiente	53	50,9
Sim, quantidade insuficiente	51	49,1
Disponibilidade de álcool em gel e/ou água e sabão*		
Não	0	0
Sim, em áreas comuns e/ou setor administrativo	90	86,6
Sim, em consultórios e/ou salas de procedimentos	100	96,2
Não sei / Não lembro	1	1
EPI[†] disponíveis*		
Não há EPI [†]	1	1
Máscaras cirúrgicas	90	86,5
Máscaras N95	57	54,8
Avental	73	70,2
Gorro	71	68,3
Proteção facial (óculos e/ou visor)	58	55,8
Não sei / não lembro	2	1,9
Mudança na organização do espaço físico em sua unidade*		
Não houver mudanças	13	12,5
Mudanças no distanciamento entre usuários	51	49
Mudanças na triagem de sintomáticos respiratórios	37	35,6
Mudança em sala de estabilização	13	12,5
Não sabe / não lembra	19	18,3
Criação ou adaptação de refeitório para funcionários		
Não foi criado e/ou adaptado	60	57,5
Foi criado e/ou adaptado	33	31,7
Não sabe / não lembra	11	10,6
Houve alteração na jornada de trabalho		
Não houve alteração	89	85,6
houve redução da jornada	2	1,9
houve aumento da jornada	12	11,5
não sabe / não lembra	1	1
Uso do ponto eletrônico		
Foi mantido	6	5,8
Foi implantado	0	0

Tabela 4: Disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual (n=104). Manaus, Amazonas, Brasil, 2023. (conclusão)

	n	%
Foi retirado	9	8,7
Não sabe / não lembra	89	85,6
Houve proibição de múltiplos vínculos		
Não	49	47,1
Sim	34	32,7
Não sabe / não lembra	21	20,2
Você considera suficiente a quantidade de profissionais atuando		
Não	48	46,2
Sim	55	52,9
Não sabe / não lembra	1	1
Pausas programadas durante a pandemia		
Alimentação	21	20,2
Necessidades fisiológicas	24	23,1
Troca de EPI [‡]	30	28,8
Outras necessidades	25	24
não houve pausas	42	40,4

Fonte: Dados da pesquisa, (2024)

[‡] EPI – Equipamento de Proteção Individual

*Foi possível mais de uma resposta para cada profissional (soma>100%)

5. DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar as ações de vigilância em saúde durante a pandemia da COVID-19, na cidade de Manaus, identificando dificuldades e potencialidades enfrentadas pelos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária ao descrever as ações de vigilância, identificar as tecnologias que se mostraram apropriadas ao apoio do trabalho destes profissionais além de identificar as ações de vigilância que voltaram-se para proteção da saúde e para reduzir os riscos relacionados a COVID-19 para a população e os profissionais da Atenção Primária de Saúde.

É importante lembrar que Manaus foi o epicentro da doença no início do ano de 2021, tendo uma série de medidas tomadas em forma de Decretos realizados pelo Governo do Estado do Amazonas, incluindo o retorno da adoção de medidas mais restritivas já revogadas, como a suspensão do funcionamento de estabelecimentos comerciais e serviços não essenciais, como reuniões em igreja, eventos e funcionamento de bares. Tais medidas foram incapazes de impedir que Manaus vivesse um dos piores momentos da sua história, quando houve o esgotamento das reservas de oxigênio, provocando centenas de óbitos na cidade (BARRETO et al., 2021).

Em resultados, foi possível observar a descrição da amostra deste estudo. Onde a predominância de profissionais do sexo feminino é de 68%, assim como no estudo de Santos *et al.* (2023), a predominância de profissionais do sexo feminino mostram dados históricos, mas que vem passando por um processo discreto de masculinização nas últimas décadas. E também se encontram na faixa etária entre 31 e 59 anos. O que corrobora com o estudo realizado anteriormente por (DOS SANTOS et al., 2023), quando buscava-se identificar os transtornos mentais em profissionais de saúde no período de pré vacinação da COVID-19 em cidades de três estados brasileiros (Minas gerais, São Paulo e Recife) (SANTOS et al., 2023).

Houve um predomínio de profissionais enfermeiros no estudo com 51,9%, seguido por profissionais médicos com 29,8% e por dentistas com 18,3%. Notoriamente, a equipe de enfermagem corresponde a mais da metade da força de trabalho na área da saúde no Brasil, tornando-se uma classe profissional significativa no país (DA SILVA et al., 2020). No entanto, os resultados deste estudo mostram uma pequena mudança no perfil sociodemográfico entre os profissionais médicos e dentistas obtidos por (DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020), uma vez que ambos os estudos mostram o predomínio de profissionais de enfermagem (60,8%), contudo, a participação do profissional médico foi de 17,7% e a participação do profissional

dentista foi de 21,7%, divergindo parcialmente do resultado do estudo atual, refletindo uma mudança sutil para os perfis sociodemográficos.

Uma característica significativa é o maior grau de escolaridade, onde 67,3% dos profissionais referiram ter alguma especialização.

A atuação destes profissionais é maior em USF e seu tempo de atuação nestas unidades é menor de 5 anos. Em 2020, foi apresentado um estudo realizado no estado do Amazonas, onde foi possível observar que o tempo de serviço de profissionais da área da saúde no estado era inferior há 5 anos, somando 75% dos participantes. fortalecendo o resultado encontrando neste estudo, visto os 55,8% referentes aos profissionais que atuam a menos de 5 anos no serviço (DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020).

Foi observado que 52,4% dos profissionais se apresentam em regime temporário com contratação por tempo determinado, segundo a necessidade do município de mão-de-obra. A alta incidência de profissionais neste regime de trabalho se deu pela alta demanda aos serviços de saúde ocasionada pela pandemia, incluindo os serviços de saúde da cidade de Manaus (SILVA; SCHIOCHET, 2022).

Ações de vigilância em saúde na APS: dificuldades e potencialidades

A chegada da COVID-19 no Brasil fez com que as atenções se voltassem para a respostas e ações coordenadas pela Vigilância em Saúde para o enfrentamento da crise sanitária que se instalava no país, especialmente por ser necessário o conhecimento da dinâmica da doença por meio de informações e dados, além de orientações que fossem eficazes sobre a infecção ainda desconhecida. Seguindo desta forma as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) em mobilizar os sistemas de vigilância em saúde para que de forma precoce fosse possível a identificação, o rastreamento, o isolamento, o monitoramento e também estabelecer ações para o enfrentamento à COVID-19, por meio de compartilhamento de dados entre os órgãos responsáveis, para que fosse possível minimizar a transmissão da doença (KISS; PAIVA; TEIXEIRA, 2023).

Em Manaus não seria diferente, era necessário que houvesse comunicação entre os órgãos responsáveis e os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, ao questionar os profissionais de saúde sobre o recebimento de informações passadas pela prefeitura do município sobre notificações de novos casos apenas 14,4% afirmaram receber

essas informações em até ou mais de 24h e 28,8% que as informações eram recebidas, porém não havia uma periodicidade definida. Já entre os profissionais que afirmaram não receber ou não lembrar totaliza 55,7%, ou seja, mais da metade dos profissionais desconheciam esse compartilhamento de dados importantes em tempo de pandemia.

Esses dados mostram uma dificuldade na realização de ações de vigilância na APS, mais especificamente no compartilhamento de informações, uma vez que o Ministério da Saúde assim como as Secretarias de Vigilâncias em Saúde municipais possuem como uma de suas diretrizes a realização da notificação e divulgações de dados por meio de boletins epidemiológicos de saúde com periodicidade mensal, semanal ou diária. Estes boletins contêm informações importantes que incidem diretamente no conhecimento de determinantes e condicionantes de saúde e possuem o objetivo de oferecer informações técnicas-científicas para o controle e supervisão tanto de doenças transmissíveis como a COVID-19, quanto doenças não transmissíveis e até mesmo as condições de saúde do usuário do Sistema (DA COSTA ROSA et al., 2022).

Uma das contribuições realizadas pela Vigilância Epidemiológica para doenças de alta disseminação é a detecção precoce da doença bem como a propagação dela na população, para que seja possível a tomada de ações de controle adequadas. E ao serem questionados sobre a existência de uma articulação entre a unidade de saúde que estavam atuando e a Vigilância epidemiológica, somente 37,5% consideraram ser suficiente, enquanto 42,3% ser insuficiente para o momento vivenciado e 20,2% simplesmente desconhecem ou não lembram desta articulação.

Para (TURCI; HOLLIDAY; DE OLIVEIRA, 2020) a fragilidade em observar de forma precoce os sintomas da COVID-19 em pacientes mais jovens, onde os sintomas de agravamento acontecem somente em torno do 10º dia, geralmente sobrevivendo com a hospitalização, mostram a dificuldade da APS em participar do processo de detecção precoce, mesmo que sua aproximação com a população pudesse ser primordial para as ações de vigilância iniciais, inclusive para obtenção de dados epidemiológicos. Essas informações corroboram para que apenas 37,5% dos profissionais afirmassem que a articulação entre a APS e a Vigilância Epidemiológica eram suficientes, evidenciando que as ações integradas entre a Vigilância epidemiológica e a APS permanecem ainda em processo de fortalecimento.

Quando questionados sobre as demais vigilâncias que integram a Vigilância em Saúde, os resultados não se distanciaram do questionamento sobre a Vigilância Epidemiológica. 36,5% respondeu ser suficiente, enquanto 38,5% ser incipiente, apenas 1% respondeu que não havia nenhuma articulação com a Vigilância em Saúde e 24% não recordavam ou não sabiam se

existia essa articulação. Ora, se a Vigilância em Saúde tem função de coletar, analisar, interpretar de forma sistemática e constante dados em local e tempo oportunos e a APS é a porta de entrada para o sistema de saúde, tornando-se fundamental para uma vigilância direta, uma articulação forte e sólida entre os dois órgãos garantiria aos profissionais apoio técnico, operacional e logístico, garantido recursos para a atuação dos mesmos, consequentemente trazendo benefício a população assistida e minimizando os efeitos de uma transmissão comunitária da doença (PRADO et al., 2021). Reforçando ainda mais a necessidade de um fortalecimento nas articulações entre a APS e as vigilâncias.

Como dito anteriormente, a APS torna-se a porta de entrada para os diversos níveis de atenção à saúde no país, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde individual ou coletivo, pois reconhece o seu território, gera vínculos entre profissionais e usuários, possui habilidade para monitorar condições de vulnerabilidade das famílias e acompanhar casos suspeitos ou leves identificados na comunidade, desta forma podendo elaborar estratégias para o enfrentamento da crise sanitária instalada no Brasil e no mundo (SILVA et al., 2023). Porém, a realidade da atuação da APS no município de Manaus se mostra distante do almejado para estas unidades tão próximas à comunidade. Dos profissionais que participaram deste estudo, 48,5% afirmaram não ter sido realizado monitoramento durante o contexto mais pandêmico na cidade. E outros 37,9% disseram que não sabiam ou não lembravam da existência de monitoramento entre os comunitários. Apenas pouco mais de 20% sinalizou que houve algum monitoramento, seja ele de casos suspeitos ou já confirmados e leves da doença.

De fato muito poderia ter sido feito se houvesse uma base forte estabelecida na integração das ações de vigilância e a APS, bem como o monitoramento dos casos mais leves, evitando talvez o colapso do sistema de saúde do município ocorrido no ano de 2021. E por mais que os resultados deste estudo tenham apontado fragilidades na articulação entre APS e vigilâncias ou monitoramento realizado pela APS, outras ações de vigilância foram realizadas, como ações educativas, orientações, testagem rápida e identificação de sintomáticos.

A carta de Ottawa apresentada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, sugere a importância sobre a participação e controle social no processo em busca de melhorias na qualidade de vida por meio da promoção da saúde, reafirmando a autonomia do indivíduo, o tornando protagonista do processo em busca da sua saúde (ORGANIZATION, 2010). Nesse contexto, o profissional de saúde deve trabalhar no desenvolvimento de atividades que forneça aos indivíduos conhecimentos que sejam capazes de mudar comportamentos, objetivando medidas preventivas de promoção à saúde para redução de agravos, ao minimizar

as vulnerabilidades e riscos, tornando-se essencial para o combate a COVID-19 por meio de condutas e comportamentos saudáveis (PINHEIRO et al., 2022).

Ao questionar os profissionais com relação as ações educativas direcionadas aos usuários de suas unidades de saúde sobre os uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como as máscaras descartáveis ou as confeccionadas de forma caseiras, e também sobre a importância do distanciamento físico e social neste período. Levando em consideração que cada profissional poderia optar por mais de uma resposta, o estudo chegou num resultado de 72,1% dos profissionais respondendo que realizaram ações educativas para uso correto de EPIs, bem como para a importância do distanciamento social com 54,8%, reforçando as orientações dadas a partir da carta de Ottawa.

Além das ações educativas é possível realizar orientações por escrito ou ter o apoio de equipamentos audiovisuais sobre o momento vivenciado e a nova realizada vivenciada. E um dos termos bastantes utilizados, além do distanciamento social, foi o termo “quarentena”. Porém, ao serem questionados sobre o uso destes recursos, somente 17,3% sinalizaram o uso do mesmo.

As Instituições de de Longa Permanência de Idosos (ILPI) são locais com pessoas em alta vulnerabilidade e mais susceptíveis ao agravamento de doenças, possuindo um contexto de surtos e transmissões de doenças entre seus residentes (SANTANA et al., 2020). No entanto, ações educativas que poderiam ter causado uma mudança no comportamento desta população que estava entre os maiores índices de agravamento da doença, especialmente por já possuírem comorbidades pré-existentes, pouco foi realizada, com apenas 2,9% dos profissionais afirmando terem realizado ações em instituições de idosos sobre adoção de medidas de segurança. Portanto, um dos achados deste estudo foi a ausência da equipe de saúde com estratégias de prevenção e controle da COVID-19, dialogando sobre a importância do distanciamento e do uso correto de EPIs direcionado para este público em especial.

Com relação a detecção precoce da doença por meio da testagem rápida e notificação de novos casos confirmados, considerando que o questionamento permitia mais de uma resposta por profissional, o resultado do estudo chegou a 65,4% dos profissionais afirmando que estavam realizando a testagem rápida para detecção da COVID-19 e 71,2% realizando a notificação de casos suspeitos no recorte temporal do estudo.

O diagnóstico precoce da doença era, e continua sendo crucial para interromper a cadeia de transmissibilidade por meio do isolamento social após diagnóstico (MAGNO et al., 2020). O teste mais comumente utilizado para detecção da COVID-19 na APS é o de testagem rápida imunocromatográfico, porém este tipo de teste apresenta sensibilidade e especificidade

reduzidas e taxa de erro que chega até 75% podendo ocasionar um resultado não fidedigno ao real estado de saúde de quem o estar realizando, em especial, os assintomáticos que não apresentam produção de anticorpos detectáveis para essa testagem. Por isso a necessidade do uso de metodologia mais confiável como o RT-PCR (do inglês *Reverse Transcriptase-Polymerase Chain Reaction*), que tornou-se o exame padrão ouro para o diagnóstico preciso da COVID-19, mesmo não sendo apropriado para um diagnóstico precoce, uma vez que seu resultado pode demorar dias para ser concluído (DE OLIVEIRA et al., 2022).

Mesmo que seja a testagem padrão ouro para detecção precisa de casos novos de COVID-19, os resultados deste estudo mostram certa dificuldade se comparada com a testagem rápida, pois somente 27,9% dos profissionais afirmaram que realizavam a coleta oro e nasofaringe para o RT-PCR. Segundo o Ministério da Saúde, até o fim de novembro de 2022, foram distribuídos pelo Brasil cerca de 32 milhões de testes do tipo RT-PCR que é capaz de identificar todas as variantes da doença por possuir aproximadamente 86% de sensibilidade e 95% de especificidade (BRASIL, 2022).

É importante ressaltar que 9,6% dos profissionais afirmaram não lembrar de nenhuma ação de vigilância realizada no período do recorte deste estudo. Talvez a dificuldade de lembrar se der devido o decorrer dos anos, causando uma confusão durante a resposta ao questionário. Mesmo assim, este dado não interfere no fato de que, por mais que, a APS tenha encontrado dificuldades na comunicação e articulação com as vigilâncias, foram realizadas inúmeras ações de vigilância pela APS, demonstrando a sua potencialidade em ações educativas e testagem rápida para detecção precoce da doença, onde seu alicerce é construído por meio da sua capilaridade territorial que a aproxima da comunidade, auxiliando e compartilhando conhecimento à população sobre uma doença até então desconhecida.

As tecnologias utilizadas no apoio ao trabalho das equipes de saúde

No processo de trabalho na área da saúde as ferramentas utilizadas para realização deste processo são chamadas de tecnologias de saúde. Estas tecnologias podem ser classificadas como: tecnologias duras, quando utilizados instrumentos e algum tipo de maquinário; tecnologias leve-duras, quando o profissional de saúde aplica tanto o conhecimento quanto a técnica ao realizar o processo de trabalho; e as tecnologias leves, que relaciona as relações criadas entre o profissional e o usuário do serviço de saúde (MERHY, 2002).

Durante o contexto pandêmico essas tecnologias de saúde foram essenciais para que os cuidados aos usuários diagnosticados com COVID-19 iniciassem desde o diagnóstico, passando o acompanhamento evolutivo da doença, até a alta ou óbito destes usuários.

O oxímetro é considerado uma tecnologia de apoio dura para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde e foi uma ferramenta importante no auxílio para mensuração da saturação de oxigênio dos usuários que chegavam as unidades de saúde e seu monitoramento era, e continua sendo, importante pois, por mais que seus valores pudessem estabelecer somente um dos critérios de agravamento da condição de saúde de pessoas que estavam com comprometimento pulmonar, a alteração em seu parâmetro já era um indicativo de emergência (BBC BRASIL, 2020). Seu uso foi afirmado por 85,6% dos profissionais que participaram deste estudo, mostrando que de fato este instrumento auxiliou durante o contexto mais pandêmico em Manaus.

Outro instrumento, outrora utilizado para realização de nebulização na esfera da APS, foi o oxigênio. Com a necessidade de estabilização de pacientes com alterações na saturação, a oxigenioterapia, uma tecnologia considerada dura, passou a fazer parte do processo de trabalho durante a pandemia para suporte inicial de pacientes que buscavam as unidades básicas de saúde inicialmente, até a chegada de suporte avançado.

As reservas de oxigênio do município passaram a ser concentradas em hospitais e leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), o que pode explicar porque este insumo tão importante para um primeiro suporte a estes pacientes foi sinalizado por somente 33,7% dos profissionais que afirmaram que este insumo estava disponível. Mesmo com todos os esforços, a falta de oxigênio que ocorreu em Manaus, em janeiro de 2021, resultou no óbito de mais de quatro mil pessoas, demonstrando a falta de coordenação política e decisões erradas de autoridades e órgãos competentes (LAVOR, 2021).

No protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde foi apresentada orientações para o manejo terapêutico farmacológico e não farmacológico para pacientes diagnosticados com casos suspeitos ou confirmados por COVID-19. Entre as medicações eram prescritos analgésicos e antitérmicos. E em casos suspeitos de síndromes gripais por outros vírus em pessoas com fatores de risco para complicações eram prescritos também o Oseltamivir (BRASIL, 2020a). Quando questionados sobre a distribuição de medicamentos para síndrome gripal, 67,3% dos profissionais afirmaram que estavam disponíveis em suas unidades.

Mesmo sendo de nível básico de atenção, algumas unidades possuíam além da medicação para síndrome gripal, medicações para a estabilização de usuários com sintomas

moderados, para que fosse possível a sua estabilização até sua remoção para uma unidade especializada de cuidados da COVID-19. Apenas 11,5% dos profissionais sinalizaram a existência dessas medicações, evidenciando que a APS em Manaus não se encontrava preparada e organizada para suprir as demandas exigidas no período.

Outros insumos considerados tecnologias duras de saúde e que eram importantes no momento da detecção de novos casos da COVID-19 que chegavam à APS, eram os termômetros sinalizado por 66,3%, a disponibilidade da testagem rápida com 94,2% afirmando terem sido realizadas e da coleta do RT-PCR COVID-19, exame padrão ouro, sinalizada por apenas 34,6%.

A telessaúde, assim como outras atividades realizadas por meio do uso de internet, pode ser considerada uma tecnologia leve-dura, uma vez que se tem o aporte da conexão online e ao mesmo tempo é compartilhado conhecimento como medida de mitigação da doença (NILSON et al., 2018).

Em 2021 a cidade de Manaus tornou-se o epicentro da doença no país, as vacinas ainda não estavam disponíveis e não existia tratamento efetivo para a doença, medidas drásticas de distanciamento social foram tomadas, bem como as de isolamento em casos suspeitos e confirmados, com o objetivo de minimizar a disseminação da doença pela cidade. Diante deste cenário, a APS deveria ser o principal ponto para contato e ser capaz de coordenar cuidados, monitorando esses casos em seus domicílios, com o apoio da telessaúde e telemedicina autorizadas por lei durante a pandemia (DA SILVA et al., 2021).

Impressionantemente, de forma negativa, quando questionados sobre atividades online desenvolvidas voltadas as pessoas com COVID-19, 94,2% dos profissionais afirmaram não ter sido desenvolvida nenhuma atividade. Somente 3,9% sinalizou o uso de recursos da Telessaúde e 1,9% disse não lembrar do uso desta ferramenta que se tornou tão necessária em tempos de isolamento social. O achado deste estudo com relação a falta de utilização da telessaúde como tecnologia de apoio na capital amazonense, distancia-se da realidade vivenciada em vários municípios do mesmo Estado, onde a telessaúde foi implantada em diversas localidades remotas, fortalecendo a APS ao garantir com que os municípios de áreas mais distantes pudessem ter uma atenção em saúde integral e ao mesmo tempo contribuiu com a redução da transmissão da doença, uma vez que não havia necessidade de deslocamento desta população até a capital (SACHETT; GONÇALVES; SANTOS, 2022).

A telefonia fixa mostra-se obsoleta diante da revolução tecnológica, porém continua sendo ferramenta utilizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim como o estudo de (MENEZES LOURENÇO et al., 2021), a telefonia fixa foi utilizada para realizar contato com pacientes no município de Manaus e apresentou problemas semelhantes encontrados por eles

no município de Ponta Grossa (PR), como a falta de pontos instalados ou a própria falta desta ferramenta. Informações estas que reforçam os achados deste estudo que obteve como dado 63,5% dos profissionais afirmando não possuir esta ferramentas em suas unidades e 21,2% sinalizando não saber ou não lembrar da existência desta ferramenta, totalizando 84,7% dos participantes demonstrando que esta ferramenta não foi utilizada. Enquanto que 7,7% acreditam que estava disponível em quantidade suficiente e outros 7,7% em quantidade insuficiente.

Quando se fala em revolução tecnológica para que seja estabelecido contato entre pessoas em locais diferentes, as tecnologias duras como o uso da Internet, do celular, smartphone ou tablet lideram como primeira opção entre as pessoas. A necessidade trazida pela COVID-19 fez com que fosse incorporadas novas tecnologias em saúde, como o uso intensificado da Internet e uso de telefones, smartphones e tablets (CELUPPI et al., 2021). Quando questionados sobre a qualidade de acesso de sua unidade de saúde à Internet neste estudo, 59,6% afirmaram ser regular ou boa e 38,5% ter a qualidade do sinal ruim. Dados estes que podem ter impactado na qualidade da prestação de serviços e oferta de cuidado a população.

Com o aparelho celular ou o smartphone foi possível ser ofertado orientações e cuidados à distancia a população em distanciamento social, instrumento considerado como alternativa as consultas presenciais, evitando a exposição de pessoas em grupo de risco para o contexto vivido, como gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos e crianças. Portanto, foi uma ferramenta tecnológica e estratégica usada na saúde com grande potencialidade para evitar a transmissão da doença dentro do espaço físico da própria unidade de saúde pertencente a APS (AMARAL; ESTEVES TEIXEIRA JUNIOR, 2021).

Trazendo para a realidade de Manaus, apenas 21,2% dos profissionais acreditam que a quantidade existente de aparelhos de telefonia móvel eram suficientes. Já a porcentagem de profissionais que acreditavam ser insuficiente é bem maior, chegando a 48,1%, enquanto, a quantidade de profissionais que afirmaram não ter esta tecnologia disponível somada a porcentagem de profissionais que não lembram ou não sabem chega num total de 30,8%. Apontando uma fragilidade na disponibilidade e uso desta tecnologia para a prestação de serviços de saúde que poderia ter contribuído para a diminuição de novos casos registrados entre a comunidade em que a unidade de sauda da APS está inserida.

Outra alternativa para diblar a quantidade insuficiente de aparelhos disponíveis nas unidades, seria o uso do aparelho pessoal, no entanto 58,7% dos profissionais afirmaram nunca utilizar o aparelho pessoal para acompanhamento, monitoramento ou consultas aos usuários da unidade. Em compensação, a soma da porcentagem entre os profissionais que sempre utilizam o aparelho pessoal, os que utilizam algumas vezes e que utilizam raramente chega a 41,4%,

revelando que boa parte dos profissionais se apoderou da ferramenta, mesmo que não tenha sido disponibilizado de forma satisfatória por seus locais de trabalho.

O acesso à internet por meio de recursos tecnológicos como computadores e tablets em países desenvolvidos foram ferramentas pujantes para o enfrentamento da crise sanitária mundial provocada pela COVID-19, principalmente pela acessibilidade por meio destes recursos permitindo o acesso à plataformas digitais, sistemas de monitorização em tempo real, *sites* para acompanhamento de informações e aplicativos para análise de imagens médicas. No entanto, no Brasil, e não diferentemente na cidade de Manaus, estes recursos permanecem escassos e deficitários, não priorizados pelos órgãos gestores (TEIXEIRA NETTO et al., 2021).

Este dado foi confirmado por este estudo, ao apresentar que 68,3% dos profissionais afirmaram não ter existido a disponibilidade de tablet como tecnologia de apoio para enfrentamento à COVID, agravando ainda mais a situação quando este dado é somado com a porcentagem de 26% dos profissionais que responderam não saber ou não lembrar, totalizando 94,3% de respostas contrárias ao emprego desta tecnologia durante o contexto mais pandêmico em Manaus.

Outro dado preocupante é a disponibilidade de computadores na unidade de saúde para acesso as informações, atendimentos e monitorização do desenvolvimento da doença. Para 61,5% dos profissionais a quantidade é insuficiente ou apresentam condições ruins de uso e somente 36,5% sinalizaram que esta quantidade é suficiente, demonstrando a dificuldade na APS para o uso de ferramentas que como tecnologias de apoio à saúde da população deveriam estar em qualidade satisfatórias e quantidades suficientes.

Este déficit nas tecnologias de apoio podem ter ocasionado dificuldades na realização do processo de trabalho dos profissionais, e conseqüentemente, na mitigação da transmissão da doença entre os usuários atendidos pelas unidade de saúde de seu território.

Proteção à saúde e redução de riscos dos profissionais da APS

Durante a pandemia, muito se discutiu sobre as medidas de proteção adotadas no serviço de saúde, essas podem ser definidas como sendo as de precaução padrão ou, a depender do agente infeccioso a qual se busca a proteção, precaução específicas ou ainda, baseadas na sua transmissibilidade (JESUS; DIAS; FIGUEIREDO, 2019). As medidas de precaução para controle da transmissão da COVID-19 adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), inicialmente, foram as medidas para transmissão por gotículas, portanto, o uso de EPIs deveria

ser correspondente às aplicadas para medidas de precaução para este tipo de transmissão (OPAS, 2020a). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) adotou as mesmas medidas (BRASIL, 2020b), contudo, posteriormente, a OMS atualizou as medidas de precaução e não descartou que a doença também fosse transmitida via aerossóis (REINHARDT, 2022).

Em relação as variáveis sobre a disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) tidos como essenciais para a segurança da população e dos próprios profissionais de saúde, estes incluem itens como máscaras, luvas, aventais, proteção facial entre outros que colaboram na redução a exposição ao vírus e desta forma auxilia na prevenção da transmissão da doença (LIMA KUBO et al., 2020).

A disponibilidade de máscaras à população também pode ser inserida como uma forma de redução e prevenção à doença, sendo ou não identificados como sintomáticos respiratórios, e durante o estudo, 50,9% dos profissionais afirmaram ser suficientes e 49,1% que as máscaras descartáveis estavam disponíveis, porém a quantidade era insuficiente, dados preocupantes que apontam resultados próximos, uma vez que o uso de máscara tornou-se uma das ferramentas preconizadas ao combate a propagação da doença (SOARES et al., 2020).

Diversos estudos mostraram que as máscaras, especialmente a cirúrgica, apresentam alta eficácia para proteção dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente contaminado por diversas doenças, incluindo a COVID-19 (BUNDGAARD et al., 2020), no entanto, durante o momento mais pandêmico, onde a doença alcançou a grande maioria dos países, a demanda desta ferramenta superou a produção, ocasionando um determinado nível de escassez do produto no mercado (OPAS, 2020b), dados que pode corroborar com as informações obtidas sobre a insuficiência da distribuição do EPI. Com relação a distribuição de máscaras para profissionais de saúde, o resultado foi bastante satisfatório quando comparado com a pergunta voltada a distribuição das máscaras aos usuários, uma vez que o resultado das respostas entre máscaras cirúrgicas e máscaras N95 disponíveis para os profissional teve um percentual de 86,5% para máscaras cirúrgicas e de 54,8% para máscaras N95 e quando somada a alta porcentagem da disponibilidade do gorro com 68,3% e do avental com 70,2%, mostram que os EPIs básicos para enfrentamento da COVID-19 na cidade de Manaus, estavam disponíveis para os profissionais da APS.

Outra medida tomada para evitar a transmissão direta da doença e proteger tanto os profissionais atuantes quanto os usuários das unidades de saúde, foi a intensificação da higienização das mãos, seja com sabão ou com o uso do álcool em gel (GONÇALVES et al., 2021). A grande demanda para álcool em gel gerou escassez do produto no mercado durante o período pandêmico (FERREIRA et al., 2022), devido a essa escassez do álcool em gel, a

atenção de todos voltou-se para um método mais simples e barato da realização de antissepsia das mãos, desde que realizada de maneira correta, que foi o uso de água e sabão, conforme orientações feitas pela OMS (FERREIRA et al., 2022; GONÇALVES et al., 2021).

Assim, a disponibilidade do álcool em gel e/ou água e sabão foi confirmada por 96,2% profissionais, onde deve ser ressaltado que a disponibilidade destes itens dependem do nível de abastecimento e, dependendo da região, este abastecimento não é feita de forma adequada, além do mais, a busca por álcool em gel aumentou de forma abrupta durante o início da pandemia, o que impactou de forma significativa a distribuição desses produtos básicos de higiene em muitas unidades de saúde pelo Brasil e pelo mundo (MORAES et al., 2022). Ainda, Moraes et al. (2022) aponta que a instalação de dispensadores de álcool em pontos estratégicos e uso correto do álcool em gel e/ou água e sabão, realizado por meio de treinamentos, educação continuada e atividades educativas, colabora como medida importante para a conscientização de profissionais e usuários das unidades de saúde, garantindo a disponibilidade destes itens para segurança de ambos.

A disponibilidade de outros EPI, como o avental (70,2%) e gorro (68,3%) obteve alta afirmação entre os participantes. Estes EPIs tem a função de proteção física de barreira, evitando desta forma que agentes infecciosos entrem em contato com a pele, cabelo e roupas dos profissionais. Por serem descartáveis, ao serem utilizados de maneira correta podem evitar a contaminação cruzada entre pacientes, por este motivo, é importante que sejam utilizados de forma adequada, sejam de boa qualidade, resistentes a fluidos corporais e de fácil remoção para que pudessem desempenhar sua função na proteção dos profissionais e mitigação da propagação da doença durante o contexto mais pandêmico na cidade de Manaus (SOARES et al., 2021).

Outra medida para contenção do avanço da doença e colapso dos serviços de saúde foi o distanciamento social, tão necessário nas unidades de saúde que estavam recebendo novos casos de COVID-19 a todo instante ou/e na execução de atividades tidas como essenciais para sobrevivência humana, como aquisição de alimentos, medicações, entre outras urgências exigidas pelo momento.

Tida como porta de entrada para o sistema de saúde, a APS é responsável por responder a mais de 80% das necessidades de vida da população (OPAS, 2021). Sobre a COVID-19, 40% dos novos casos da doença eram considerados leves e mais 40% considerados moderados, totalizando 80% de novos casos possivelmente tratados pela APS, o que levava boa parte da população a buscar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2020c), obrigando estas unidades a reformularem seus espaços físicos e processos de trabalho para acolher a nova e excessiva demanda gerada pela COVID-19.

Na busca para garantir o distanciamento entre as pessoas, foram necessárias mudanças no processo de trabalho e na organização física das unidades de saúde para receber tantos pacientes acometidos por COVID-19 quanto para as demandas já existentes das unidades (BITENCOURT et al., 2020), adaptando o espaço físico para garantir a segurança entendimento adequado. Na Atenção Primária à Saúde (APS) não foi diferente. E por mais que somente 12,5% dos profissionais participantes da pesquisa tenham apontado não haver mudança no espaço físico de suas unidades de saúde, ainda assim, torna-se um dado preocupante, principalmente quando é observado o não seguimento das orientações dadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o distanciamento social que pudesse garantir um ambiente seguro para o atendimento durante a pandemia (ARNALDO et al., 2023).

A mudança do processo de trabalho para a triagem de sintomáticos respiratórios foi de suma importância por ser uma etapa fundamental para separação de pacientes que apresentavam sintomas respiratórios dos demais pacientes (ENGSTROM et al., 2020). Essa mudança no processo de trabalho permitiu identificar de forma mais eficaz os pacientes, reduzindo riscos de contágio ao isolar os usuários sintomáticos respiratórios e agilizando o atendimento destes, usando de forma adequada os recursos e evitando desperdícios de tempo e de materiais no período mais turbulento da pandemia (ARNALDO et al., 2023).

Por outro lado, a necessidade em proteger os profissionais tanto da doença quanto do desgaste físico e mental, especialmente da sobrecarga de serviços, era prioridade, uma vez que a cada dia mais profissionais adoeciam e eram afastados de suas funções, sobrecarregando aos que ficavam gerando assim um déficit de profissionais para a assistência de pacientes com COVID-19 que crescia de forma exponencial durante este período.

Assim, buscando minimizar as contaminações entre os profissionais, diversas rotinas tiveram que ser modificadas, criadas ou adaptadas constantemente com o principal objetivo de diminuir as transmissões, assegurando ao profissional a possibilidade de continuar exercendo suas atividades laborais e resguardando-se contra a doença.

Uma dessas mudanças observada foi a criação ou adaptação de um espaço para a realização de refeição destes profissionais. No entanto, a tabela 4 apresenta dados significativos como a criação ou adaptação de um refeitório para os funcionários, onde 57,5% dos participantes afirmaram que não foi criado ou adaptado um refeitório, juntamente com os 10,6% que afirmaram não lembrar da tal mudança ou adaptação, totalizam 68,1% dos profissionais afirmando não existir mudanças para realização de uma das necessidades mais básicas do ser humano, que é a alimentação, um dado preocupante, uma vez que a pandemia trouxe a necessidade de mudanças dos refeitórios das unidades de saúde devido ao alto risco de

contaminação e para que fosse possível garantir a segurança e a saúde dos profissionais que utilizavam esse espaço (HAMMES et al., 2022).

Também na Tabela 4, é apresentado a informações que não houve nenhuma alteração na jornada de trabalho para 85,6% dos profissionais. É notório que a pandemia da COVID-19 trouxe serias consequências para a jornada de trabalho, sobretudo para os profissionais da área da saúde, uma vez que a demanda de atendimentos aumentou, causando desgaste físico e mental ao sobrecarregar o serviço durante esse período desafiador para todos (SULTANA et al., 2020). Ainda sobre a jornada de trabalho, somente 1,9% sinalizou a redução na jornada de trabalho, enquanto 11,5% afirmou que houve aumento da mesma, apesar de estudos mostrarem que o estresse, a exaustão e a sobrecarga de serviço aumentam os riscos de contaminação pela COVID-19 (TEIXEIRA et al., 2020).

Quando perguntados sobre o uso de ponto eletrônico durante a pandemia 85,6% dos profissionais responderam não saber/não lembrar, no entanto, o ponto eletrônico é considerado como uma ferramenta para controle da jornada de trabalho, essa tecnologia permite maior transparência nos registros, contribuindo para o cumprimento das escalas de trabalho, garantindo uma melhor organização dos recursos humanos das unidades de saúde (BRASIL, 2020e).

Outro desafio encontrado durante a pandemia foi a multiplicidade de vínculos profissionais de trabalhadores da área da saúde. Devido ao contato constante com agentes infecciosos, as possibilidades de contaminação são altíssimas e acabam tornando o profissional de saúde um vetor de transmissão, especialmente em locais com número de indivíduos elevados, como ocorrido em todas as unidades de saúde no contexto pandêmico da COVID-19 (FRACOCO et al., 2021). Durante o estudo, 47,1% dos profissionais informaram que não houve nenhuma proibição de múltiplos vínculos, enquanto 32,7% sinalizaram a existência da proibição, a quantidade de participantes que não sabem ou não lembram de existir uma proibição de multiplicidade de vínculos profissionais é de 20,2% profissionais.

Assim, os profissionais de saúde que estiveram na linha de frente do combate à COVID-19, poderiam facilmente se tornar vetores da doença, tanto entre os pacientes quanto para seus familiares, no entanto, além da angústia e medo, foi possível observar a sobrecarga de serviço pela alta demanda, sobretudo em profissionais que mantem mais de um vínculo empregatício, redução do tempo de descanso, cansaço físico, falta de concentração para tomada de decisões, gerando impactos na saúde mental desses profissionais proporcionado pelo elevado estresse ocupacional (DANTAS, 2021). Desta forma, a proibição de múltiplos vínculos poderia surgir

como uma estratégia assertiva para impedimento de maiores danos à saúde do profissional, garantindo-lhes o mínimo de segurança ao exercer sua função.

Por outro lado, a complexidade apresentada pela pandemia da COVID-19, exigiu que a demanda de profissionais de saúde aumentasse em todo o mundo. O aumento de números de casos, a sobrecarga de trabalho pelos profissionais já atuantes e o afastamento de muitos acometidos pela doença, tornou necessária a contratação de novos profissionais para que fosse possível suprir e garantir o atendimento adequado aos usuários (BACKES et al., 2021).

Neste estudo, 52,9% dos profissionais afirmaram que acreditavam ser suficientes a quantidade de profissionais atuantes na APS durante a pandemia e 46,2% afirmaram não ser suficiente, é importante ressaltar que os resultados ficaram próximos, indicando existir suficiência em umas unidades, enquanto a insuficiência de profissionais tenha sido sentida mais em outras.

A insuficiência de profissionais em unidades de saúde pode ter se intensificado devido a demanda de novos infectados que se tornou crescente cada vez mais no ápice da pandemia no Amazonas e no mundo, entre os anos de 2020 e 2021, provocando longas filas de espera por atendimento, atrasos entre a chegada do paciente e a prestação de assistência à saúde e possíveis agravamentos do quadro de saúde destes pacientes.

A sobrecarga de serviços vivenciada na época, afetou diretamente o desempenho profissional aumentando o risco de afastamento dos mesmos, seja por exaustão, estresse ou até mesmo desenvolvimento de síndrome de Burnout, limitando a expansão do sistema de saúde para lidar com a crise vivenciada, gerando impactos negativos tanto no atendimento e prestação de assistência à saúde dos usuários quanto para os próprios profissionais de saúde (BORGES et al., 2021; GALON; NAVARRO; GONÇALVES, 2022).

Além de todo estresse gerado pela situação vivenciada, é necessário lembrar que estamos nos referindo a seres humanos ao mencionar os profissionais de saúde, assim é importante salientarmos que o cumprimento de pausas ou intervalos durante o serviço em meio a pandemia, poderia auxiliar para o bem-estar e saúde destes profissionais (VEDOVATO et al., 2021).

No entanto, somente 20,2% afirmaram terem o intervalo para alimentação respeitado durante a crise sanitária, mesmo que estivessem enfrentando longas jornadas de trabalho. Bem como, 23,1% que afirmaram existir pausas para realização de necessidades fisiológicas e 28,8% para troca de EPIs e 24% afirmaram que existiu pausas para outras necessidades. No questionário entregue aos profissionais a questão sobre pausas programadas durante o serviço em meio a pandemia possibilitava múltiplas escolhas, todavia, 40,4% dos profissionais,

portanto, uma porcentagem alta de profissionais que participaram deste estudo afirmou que não houve intervalos durante a jornada de trabalho, agravando ainda mais as condições de estresse, fadiga e sobrecarga de trabalho destes profissionais.

As pausas programadas para a alimentação e outras necessidades destes profissionais poderiam proporcionar um momento de descanso e recuperação da energia, reduzindo o estresse e a fadiga, fortalecendo o sistema imunológico e garantindo saúde para continuação da jornada de trabalho intensa, possibilitando uma melhora na concentração para tomadas de decisões assertivas e melhorando a qualidade na assistência aos pacientes (CORDEIRO et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde os primeiros casos surgidos no mundo a COVID-19 se mostrou violentamente fatal, obrigando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 2020, e, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no período do recorte temporal desta dissertação, ocorrido no ano de 2020 a 2021, a doença já havia ceifado quase 15 milhões de pessoas (OPAS, 2022). E foi em meio a esta crise sanitária que nasceu na Bahia um macroprojeto intitulado “Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da COVID-19”, cujo desmembramento permitiu subprojetos, onde sua aplicação foi possível em 5 estados diferentes do Brasil. A temática de estudo desta presente pesquisa, a qual se propôs a analisar as ações de vigilância em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Manaus, identificando dificuldades e potencialidades enfrentadas pelo profissionais, para continuidade dos serviços baseados no modelo de promoção e prevenção. Para tal propósito, foi aplicado um questionário quantitativo fechado, dividido em dimensões (blocos) e variáveis (questões), nas unidades que foram decretadas como referência ao tratamento de COVID-19 para casos leves em 2020. Os participantes deste estudo foram profissionais de saúde, que durante o recorte temporal deste estudo, estavam atuando nas unidades referências nas zonas de saúde de Manaus, denominados de Distritos de Saúde sul, Distrito de saúde norte, Distrito de saúde oeste e Distrito de Saúde leste.

A Atenção Primária à Saúde dentro do contexto de Sistema de Saúde no Brasil é classificada como a porta de entrada aos serviços de saúde e é responsável pela resolução de boa parte dos problemas de saúde da população, encontra-se no centro da Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde e deve organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde. Contudo, este estudo mostrou que a eficácia e sucesso da Atenção Primária à Saúde como ordenadora e organizadora dos atendimentos depende, essencialmente, de uma forte comunicação entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, de investimentos e uso de instrumentos como tecnologias em saúde para o apoio aos serviços ofertados, além de buscar modificações e adaptações do processo de trabalho dentro da Atenção Primária para assegurar aos profissionais de saúde a proteção da sua saúde, bem como a segurança à saúde da população.

Esta pesquisa, trouxe luz algumas problemáticas, evidenciando a necessidade de organização na Atenção Primária à Saúde de Manaus no que tange, principalmente, na articulação entre a este nível de atenção e a Vigilância em Saúde, para que de fato a Atenção

Primária possa exercer com potencialidade seus objetivos com maior descentralização e capilaridade conferida somente à ela, por estar mais próxima a população a que assiste.

Além disso, foi possível observar por meio deste estudo a falta que uma Atenção Primária fortalecida e bem estruturada com os insumos necessários, com as tecnologias de saúde disponíveis, deixam de contribuir à população, podendo levar ao agravamento das suas condições de saúde.

O colapso em todos os níveis de atenção à saúde do Sistema de saúde do Amazonas, principalmente em sua capital, Manaus, voltou os olhos do restante do país e do mundo para a fragilidade e falta de políticas públicas na saúde do Estado e capital. O ápice deste momento na capital ocorreu em janeiro de 2021, quando vários óbitos foram registrados pela má gestão, falta de planejamento e decisões governamentais errôneas que levaram à falta de oxigênio nas unidades de saúde da cidade.

A falta de conhecimento sobre o vírus e as reais sequelas ou desfecho da doença, levaram a diversas mudanças e adaptações, inclusive, na Atenção Primária à Saúde de Manaus. Foram necessárias mudanças não somente no processo de trabalho, como também nas estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde para que fossem possíveis o acolhimento e a prestação inicial de assistência as pessoas que buscavam estas unidades como ponto inicial de ajuda. Esta pesquisa evidencia que essas mudanças no processo de trabalho também ocorreram na cidade de Manaus, onde pode-se notar o distanciamento entre os usuários e na triagem de sintomáticos, garantido a segurança dos profissionais e de outros usuários. Outro ponto positivo para a Atenção Primária de Manaus é observado com relação a disponibilidade de água e sabão para higienização das mãos, a disponibilidade de insumos cuja procura foi maior que a produção, ocasionando uma certa ausência no mercado como o álcool em gel e as máscaras descartáveis. Para estes insumos não houve dados negativos, uma vez que a porcentagem das respostas ao questionário ficou altas se comparadas a realidade de outros municípios.

A pandemia na cidade de Manaus revelou tanto a importância do Sistema Único de Saúde quanto a fragilidade no gerenciamento de tecnologia que servem de aporte para que a assistência à saúde seja de qualidade e assertivas nas condutas a serem tomadas para mitigação da contaminação por COVID-19. Em países desenvolvidos o uso de tecnologias de apoio facilitam a tomada de conduta para uma assistência capaz de suprir as necessidades, porém esta pesquisa mostrou o quanto a falta de interesse na aquisição e investimentos em equipamentos atuais podem prejudicar o uso de estratégias utilizadas por diversos países, como a telessaúde, por exemplo. O fato de ter sido apresentado uma porcentagem tão alta nos achados sobre a falta de

ações online para monitoramento dos usuários das unidades pode ter colaborado com a sobrecarga de demanda em todos os níveis de saúde do município.

Porém existem algumas limitações neste estudo, a dificuldade em acessar os profissionais, seja pela ausência dele ou pela recusa em participar, podem subjugar os dados encontrados. Muitos profissionais inicialmente listados foram afastados de suas funções durante o período que correspondem aos anos de 2020 a 2021, outros foram remanejados de unidade, alguns encontravam-se de férias ou de licença e ainda há aqueles que apenas era dito que não estavam mais na unidade ou haviam ido à óbito em meio a batalha contra a COVID-19.

A presente dissertação, não possui nenhuma pretensão de extenuar o tema, mas retrata o enfrentamento da crise sanitária, imposta pela COVID-19, pelos profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde de Manaus, mostrando potencialidades e fragilidades do Sistema de saúde a nível da atenção básica, podendo desta forma contribuir em decisões futuras após análises dos dados nela contida. Os resultados encontrados nesta pesquisa podem auxiliar em tomadas de decisões e gerenciamentos futuros para melhor compreensão da necessidade e importância de se investir na assistência à saúde a nível básico, fornecendo subsídios técnicos para tomadas de decisões e/ou políticas públicas capazes de diminuir os impactos de deixados pela falta de organização e investimento como trazidos a luz pela pandemia.

REFERÊNCIAS

- AITH, F.; DALLARI, S. G. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 94, 2009.
- ALBUQUERQUE, A. C. DE et al. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. 1–16, 2019.
- AMARAL, L. M. DO; ESTEVES TEIXEIRA JUNIOR, J. Cuidado remoto na APS: experiência do uso do celular em uma equipe de Saúde da Família de área de favela durante a crise da COVID-19. **Revista de APS**, v. 23, n. 3, p. 706–716, 2021.
- ARNALDO, J. G. S. et al. Reorganization of the Work Process in Primary Health Care in Coping With Covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, 2023.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. DE. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2215–2228, 2010.
- AVENI, A. Sistemas de Saúde e Economia da Saúde – Impactos Causados pela Covid-19. **Cadernos de Prospecção**, v. 13, n. 2, p. 477, 2020.
- BACKES, M. T. S. et al. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. spe, p. e20200339, 2021.
- BARRETO, I. C. DE H. C. et al. Colapso na Saúde em Manaus : o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. **Saúde Debate**, v. 45, n. 131, p. 1126–1139, 2021.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Erratum para: Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal [volume 17, número 4]. **Scientia Medica**, v. 23, n. 2, p. 2013, 2013.
- BBC BRASIL, N. **Coronavírus gera corrida por oxímetro para medir oxigênio no sangue; entenda riscos - BBC News Brasil**. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52464892>>. Acesso em: 12 jul. 2024.
- BITENCOURT, J. V. DE O. V. et al. Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for covid-19. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, p. 1–11, 2020.
- BORGES, F. E. DE S. et al. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33,

2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Programa Vigilância Em Saúde**. [s.l: s.n.].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. **12 De Julho De 2018**, p. 15, 2018.

BRASIL, M. DA S. DO. Lei 8080 / 90. p. 1–15, 1990.

BRASIL, M. DA S. DO. **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. [s.l: s.n.]. v. 37

BRASIL, M. DA S. DO. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. **Ministério da Saúde**, v. 9, p. 1–41, 2020a.

BRASIL, M. DA S. DO. **Recomendações de proteção aos trabalhadores do serviço de saúde no contexto da pandemia da Covid-19 — Ministério da Saúde**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protecao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view>>. Acesso em: 12 mar. 2024b.

BRASIL, M. DA S. DO. **Acha que está com sintomas da covid-19? – CORONA VÍRUS**. Disponível em: <<https://www.coronavirus.ms.gov.br/acha-que-esta-com-sintomas-da-covid-19/>>. Acesso em: 14 mar. 2024c.

BRASIL, M. DA S. DO. **Recomendações de proteção aos trabalhadores do serviço de saúde no contexto da pandemia da Covid-19 — Ministério da Saúde**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protecao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view>>.

BRASIL, M. DA S. DO. **Mais de 32 milhões de testes RT-PCR para diagnóstico de Covid-19 já foram distribuídos para todo o Brasil — Ministério da Saúde**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/mais-de-32-milhoes-de-testes-rt-pcr-para-diagnostico-de-covid-19-ja-foram-distribuidos-para-todo-o-brasil>>. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL, M. DA S. DO. **Cobertura da Atenção Básica**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>.

BRASIL, M. DA S. DO. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da->

- COVID-19 pandemic. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 25, p. 1–9, 2021.
- DE ALBUQUERQUE, M. I. N.; FREESE DE CARVALHO, E. M.; LIMA, L. P. Epidemiological surveillance: Concepts and institutionalization. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 2, n. 1, p. 7–14, 2002.
- DE BARROS, F. R. B.; DA SILVA LIMA, R. F.; DE PAULA MAGALHÃES, V. M. Developing Technologies in Women's Health in Brazil: An Integrated Review. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 1, 2021.
- DE OLIVEIRA, M. A. L. et al. DIAGNOSTIC TESTS FOR SARS-COV-2: A CRITICAL REFLECTION. **Quimica Nova**, v. 45, n. 6, p. 760–766, 2022.
- DOLZANE, R. DA S.; SCHWEICKARDT, J. C. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.
- DOS SANTOS, S. A. et al. Mental disorders in nursing professionals in the pre-vaccination period of the COVID-19 pandemic. **Revista Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. e72660, 8 ago. 2023.
- ENGSTROM, E. et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. **Observatório Covid-19 - FIOCRUZ**, p. 1–7, 2020.
- FACCHINI, L. A. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? **Aps Em Revista**, v. 2, n. 1, p. 3–10, 2020.
- FERRANTE, L. et al. Brazil's policies condemn Amazonia to a second wave of COVID-19. **Nature Medicine**, v. 26, n. 9, p. 1315–1315, 7 set. 2020.
- FERREIRA, K. Q. et al. Alcohol Gel for Asepsy of the Hands – Proper Formulation and Guaranteed Efficiency Amid the Pandemic of Covid-19. **Quimica Nova**, v. 45, n. 3, p. 324–334, 2022.
- FERREIRA, P. H. D. C. et al. Estratégias adotadas no enfrentamento da covid-19: relato de experiência profissional. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2.ESP, p. 199–204, 2020.
- FRACOCO, ANA MARGARIDA et al. Medidas de Prevenção e Controlo da COVID-19 no Ambiente Hospitalar: O Exemplo do Instituto Do Coração TT - Prevention and Control Measures of COVID-19 in the Hospital Environment: The Example of Heart Institute. **Rev. moçamb. ciênc. saúde**, v. 7, n. 1, p. 40–44, 2021.
- FRANCO NETTO, G. et al. Vigilância em saúde brasileira: Reflexões e contribuição ao debate da 1ª conferência nacional de vigilância em saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3137–3148, 2017.
- FROTA, A. C. et al. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da

- pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 131–151, 2022.
- GALON, T.; NAVARRO, V. L.; GONÇALVES, A. M. DE S. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, p. 1–9, 2022.
- GARCIA ALVES, M. T. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2496, 2020.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. In: **Editora da UFRGS**. 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 120.
- GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 161–176, 2020.
- GONÇALVES, R. M. V. et al. Higiene das mãos em tempos de pandemia. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 12, p. e7944, 2021.
- GUADALUPE MEDINA, M. et al. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 8, 2020.
- GUIMARÃES, R. M. et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da política nacional de vigilância em saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1407–1416, 2017.
- HAMMES, T. O. et al. Um ano de pandemia: experiência do Serviço de Nutrição e Dietética de um hospital de referência para atendimento de covid-19. **Clinical & Biomedical Research**, p. 51–56, 2022.
- HIROO SAITO, C.; LAQUES, A.-E.; AFELT, A. The world after Covid-19: vulnerabilities, uncertainties, and socio-environmental challenges. **Revista Justiça do Direito**, v. 34, n. 2, p. 52–104, 31 ago. 2020.
- IVANCKO, G. M. et al. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador TT - Family Health Strategy and Health Surveillance: knowled. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2733, 2021.
- JESUS, J. B. DE; DIAS, A. A. L.; FIGUEIREDO, R. M. DE. Specific precautions: experiences of hospitalized patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 874–879, ago. 2019.
- KISS, C.; PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Gerenciamento tensionado: o sistema de vigilância em saúde e a resposta à pandemia da covid-19 no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 30, n. suppl 1, p. 1–18, 2023.
- LAVOR, A. DE. **Falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus, que já soma**

mais de quatro mil mortes em 2021. Disponível em: <<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50926>>. Acesso em: 12 jul. 2024.

LIMA KUBO, H. K. et al. IMPACTO DA PANDEMIA DO COVID19 NO SERVIÇO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, 26 jul. 2020.

LIMONGI, J. E.; MENEZES, E. C. DE; MENEZES, A. C. DE. Vigilância Em Saúde No Programa Saúde Da Família. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 4, n. 7, p. 35–44, 2009.

MACÊDO, D. F. DE. Importância Do Sistema Único De Saúde Brasileiro Para O Enfrentamento De Emergências De Saúde Pública. **RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 17, n. 2, p. 13–21, 2020.

MAGNO, L. et al. Challenges and proposals for scaling up COVID-19 testing and diagnosis in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3355–3364, 2020.

MARTINS RIBEIRO, D. Nature Research e nos jornais científicos The Lancet. **Journal of Medical Virology, Journal of the American Medical Association**, v. 19, n. 1, p. 1–24, 2020.

MEDEIROS, E. A. S. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 4, 5 maio 2020.

MENEZES LOURENÇO, G. et al. experiência de telemonitoramento por equipes de saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 13, p. e019, 14 dez. 2021.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. **Saúde em Debate**, v. 145, n. São Paulo; Hucitec;, p. 189, 2002.

MILETTO GRANOZIO, F.; GRANOZIO, M.; FABIO. Comparative analysis of the diffusion of Covid-19 infection in different countries. **arXiv**, p. arXiv:2003.08661, 18 mar. 2020.

MORAES, A. G. G. et al. Prevenção da COVID-19 no biênio 2020-2021: recomendações dos hábitos de higiene instituídos pelo Ministério da Saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e460111234718, 21 set. 2022.

MUSSI, R. F. DE F. et al. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, v. 7, n. 2, 2019.

NEDEL, F. B. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! **Aps Em Revista**, v. 2, n. 1, p. 11–16, 2020.

NILSON, L. G. et al. Telessaúde: Da Implantação Ao Entendimento Como Tecnologia Social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 5, n. 1, p. 33–47, 2018.

OLIVEIRA, C. M. DE; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e

desafios. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 255–267, 2015.

OPAS. **Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>>. Acesso em: 13 jul. 2024.

OPAS, O. P.-A. DA S. Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção - Resumo científico. **Resumo científico**, n. JUL, p. 1–10, 2020a.

OPAS, O. P.-A. DA S. Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19). **Opas**, v. 27 de feve, p. 1–27, 2020b.

OPAS, O. P.-A. DE S. **Atenção primária à saúde**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>>.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. 1–8, 2020.

ORGANIZATION, W. H. Carta De Ottawa. **Opas**, 2010.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. **Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014.

PEREIRA, M. D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e652974548, 5 jun. 2020.

PINHEIRO, P. N. DA C. et al. Reflections on nursing and COVID-19 in light of health education. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. suppl 1, p. 1–5, 2022.

PIRES BRITO, S. B. et al. Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 8, n. 2, p. 54–63, 29 maio 2020.

PRADO, N. M. DE B. L. et al. Primary care-based health surveillance actions in response to the COVID-19 pandemic: Contributions to the debate. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2843–2857, 2 jul. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. **PLANO DE CONTIGÊNCIA MUNICIPAL DE MANAUS CONTRA COVID 19**. [s.l: s.n.].

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. DE. **Metodologia do Trabalho Científico - 2ª Edição**. [s.l: s.n.].

REINHARDT, É. L. Transmissão da COVID-19: um breve reexame das vias de transmissão por gotículas e aerossóis. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, p. 1–9, 2022.

SACHETT, J. DE A. G.; GONÇALVES, I. C. DE M.; SANTOS, W. O. M. DOS. Relato de

- experiência das contribuições da telessaúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas na pandemia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. suppl 2, p. 1–5, 2022.
- SALES, O. P. et al. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE : DISCUSSIONS IN 30 YEARS OF HISTORY Introdução. **Humanidades e inovação**, v. 6, n. 17, p. 54–65, 2019.
- SANTANA, ROSIMEIRE F., SILVA, MARCOS B. MARCOS, DANIELA ASR. ROSA, CRISTIANE S. JUNIOR, WILLI WETZEL. DELVALLE, R. Recomendações para o enfrentamento da disseminação da COVID-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 2, p. 1–9, 2020.
- SANTOS, B. M. P. DOS et al. Perfil e essencialidade da Enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2785–2796, out. 2023.
- SCHUCHMANN, A. Z. et al. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 3556–3576, 2020.
- SIGERIST, H. Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 3, p. 269–279, 2006.
- SILVA, B. R. G. DA et al. Organização e assistência da atenção primária à saúde no enfrentamento da COVID-19. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 31, p. e75585, 2023.
- SILVA, O. M. DA et al. Medidas de biossegurança para prevenção da Covid-19 em profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 75, n. 1, p. e20201191, 2021.
- SILVA, V. DA; SCHIOCHET, V. CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM ESTUDO DE CASO DA MICRORREGIÃO DE BLUMENAU. In: **Tópicos Atuais em Desenvolvimento Regional e Urbano**. [s.l.] Editora Científica Digital, 2022. p. 121–133.
- SILVA, G. C. S. et al. The relation between the family health strategy and health surveillance from the perspective of family health team physicians in Minas Gerais, Brasil: A qualitative analysis. **Saude e Sociedade**, v. 29, n. 4, p. 1–13, 2020.
- SOARES, A. K. T. et al. A importância da paramentação e desparamentação seguras em infecções por aerossol, com foco à Covid-19: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 6, p. e7786, 2021.
- SOARES, S. S. S. et al. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual [Covid-19 pandemic and rational use of personal protective equipment] [Pandemia de Covid-19 y uso racional de equipos de protección personal]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e50360, 2020.

- SULTANA, A. et al. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. **Indian Journal of Medical Ethics**, v. 5, n. 4, p. 308–311, 2020.
- TEIXEIRA, C. F. DE S. et al. The health of healthcare professionals coping with the covid-19 pandemic. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020.
- TEIXEIRA, M. G. et al. Health surveillance at the SUS: Development, effects and perspectives. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, 2018.
- TEIXEIRA NETTO, J. et al. Tecnologia digital para o enfrentamento da Covid-19: um estudo de caso na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 45, n. spe2, p. 56–67, 2021.
- TURCI, M. A.; HOLLIDAY, J. B.; DE OLIVEIRA, N. C. V. C. A Vigilância Epidemiológica diante do Sars-Cov-2: desafios para o SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Aps Em Revista**, v. 2, n. 1, p. 44–55, 2020.
- VEDOVATO, T. G. et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, p. 1–15, 2021.
- WALDMAN, E. A. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 25 jul. 2016.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa: **Análise de modelos e estratégias de Vigilância em Saúde da pandemia Covid-19**, sob a responsabilidade das pesquisadoras **professora Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves** e da **mestranda enfermeira Vivianne Brandt Pereira Brasil**, que possui como **objetivo** analisar as ações de vigilância em saúde no âmbito da atenção primária à saúde no município de Manaus, identificando dificuldades e potencialidades para aprimoramento de sua atuação no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Sua participação é voluntária e se dará por meio de um questionário com perguntas fechadas. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a implementação de ações para uma tomada de decisão pelos gestores e o planejamento e execução das medidas de apoio operacional necessárias para o desenvolvimento das ações de vigilância e de cuidado à saúde da população. Em qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação ao pesquisador ou com a instituição. Após ser esclarecido com as informações sobre a pesquisa, no caso de aceitar, continuaremos com a pesquisa. Você receberá por e-mail uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido.

Esta pesquisa faz parte de um projeto macro intitulado: **Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia COVID-19 (2020-2022)**, que tem como **objetivo principal**: Analisar os modelos, estratégias e ações de vigilância em saúde em distintos níveis de atenção, para a redução da exposição ao risco de contaminação na população e em trabalhadores de saúde, a detecção precoce de casos e o encaminhamento em tempo adequado de pacientes para a assistência especializada e hospitalar. **Objetivos Específicos**: Analisar, comparativamente, distintos modelos de vigilância em saúde adotados nos países que tiveram evolução diferente da epidemia em relação ao Brasil, no que diz respeito às medidas executadas e as características dos diferentes sistemas de saúde e seus resultados; Analisar as ações de vigilância em saúde no âmbito da atenção primária à saúde em municípios selecionados, identificando dificuldades e potencialidades para aprimoramento de sua atuação no enfrentamento da pandemia de COVID-19; Avaliar a gestão de cuidados a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 e outras síndromes respiratórias agudas graves (SRAG) atendidos em hospital de referência para doenças infecciosas da Bahia; Analisar as estratégias de implementação dos Planos Estaduais de Contingência para Atenção Hospitalar no enfrentamento do COVID-19; Analisar as ações de vigilância voltadas para a proteção da saúde e redução dos riscos relacionados com o SARS-Cov-2 em tipos específicos de serviços de saúde; Analisar a disponibilidade, o grau de adesão e a aceitabilidade do uso de EPIs pelos trabalhadores de saúde e a adoção de práticas de prevenção, controle e manejo da COVID-19 pela população.

Os **critérios de inclusão** para participação da pesquisa serão os profissionais e os trabalhadores da saúde, maiores de 18 anos que estiverem atuando no âmbito da atenção

primária a saúde do município de Manaus. **Serão excluídos** da pesquisa os profissionais e trabalhadores da saúde que estiverem afastados do exercício profissional no período da coleta de dados por licença ou férias, e também aqueles de etnia indígena, pois estudos envolvendo povos indígenas demandam maior tempo para sua execução, conforme dispõe a Resolução CNS nº304/2000, que regulamenta pesquisas indígenas. **Metodologia:** O instrumento a ser utilizado na pesquisa é um questionário estruturado e autoaplicável.

Todos os princípios de **biossegurança** e as medidas de higiene sanitária estão sendo implementadas, bem como as normas técnicas de pesquisa preconizadas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde durante a pandemia da Covid-19, conforme a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), Lei Federal nº13.979, Decreto Municipal nº806 e as Recomendações de prevenção à COVID-19 do Ministério da Saúde.

Toda pesquisa com seres humanos envolve **riscos**. Um dos riscos relacionados a esta pesquisa é o desconforto em responder às perguntas pessoais. Se o/a senhor/senhora se sentir constrangido ao responder às perguntas, poderá informar o (a) pesquisador (a) para esclarecimentos, de forma a diminuir o desconforto. A pesquisa não oferecerá qualquer prejuízo à sua integridade física. Informamos que lhe será garantido que todos os pesquisadores e ou possíveis colaboradores envolvidos na manipulação dos dados obtidos na pesquisa, tenham o compromisso com a privacidade e a confiabilidade dos dados utilizados, que serão protegidos durante toda a pesquisa, preservando integralmente o seu anonimato.

Será garantido o ressarcimento de despesas com transporte, alimentação ou demais despesas que se façam necessárias relacionadas à participação nesta pesquisa (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº 466 de 2012). Caso a participação na pesquisa ocasione dano ao participante, estão assegurados direitos a indenizações e cobertura material para reparação do dano (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). Será assegurado o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

Os **benefícios** relacionados à pesquisa será a contribuição ao aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde por meio da identificação das ações e estratégias mais exitosas. Disponibilizará ao SUS tecnologias para equipes de APS e profissionais de saúde, além da produção de informações para gestores, subsidiando futuras estratégias de vigilância e aprimoramento da atenção. Se depois de consentir em sua participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardado em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o **pesquisador e orientador do projeto: Profa. Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves, no endereço, rua Dom Diogo de Souza, 101 Apt 601, Bairro Parque Dez de Novembro, fone: (92) 98208-7735, email: igoncalves@uea.edu.br.**

O (a) Sr. (a) também poderá entrar em contato com o CEP da UEA no endereço Endereço: Av. Carvalho Leal Número: 1777, bairro: Cachoeirinha, Cep: 69065-001 em Manaus/AM.

Fone: (092) 3878-4368 e email: cep.uea@gmail.com. O CEP é o órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos.

Vivianne Brandt Pereira Brasil
Pesquisadora

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, RG _____, e-mail:

_____ fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Manaus, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

APÊNDICE B – Questionário para o Profissional

Questionário N°|_|_|_|_|

Data do preenchimento ____/____/____

ANÁLISE DE MODELOS E ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA PANDEMIA DO COVID-19

Caro (a) profissional de saúde:

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia do Covid-19**”, realizada pela mestranda Vivianne Brandt Pereira Brasil do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (UEA/PPGSC). O presente estudo tem por objetivo “analisar os modelos, estratégias e ações de vigilância em saúde em distintos níveis de atenção, para a redução da exposição ao risco de contaminação na população e em trabalhadores de saúde”.

A sua participação consiste em responder ao questionário contendo perguntas fechadas. Cumpre esclarecer que não será possível a identificação do participante, assegurando-se o anonimato das respostas. A participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, não havendo despesas ou compensações financeiras. Também não envolve risco ou benefício direto ao entrevistado. Para fins acadêmicos, os resultados serão apresentados, também por meio de artigos a serem submetidos a periódicos científicos. Este deve ser respondido pelo senhor(a), após esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. É pedido evitar deixar perguntas em branco. Sua colaboração será de extrema relevância.

BLOCO I – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

I.1 Qual é a sua **idade** em **anos**? _____

I.2 Qual é seu **sexo**?

- [1] Feminino
- [2] Masculino

I.3 Qual é seu **gênero**? (refere-se ao que a pessoa sente em um sentido psicológico, independentemente do sexo atribuído no nascimento)

- [1] Masculino
- [2] Feminino
- [3] Homem transgênero
- [4] Mulher transgênero
- [5] Homem transexual
- [6] Mulher transexual
- [7] Cisgênero
- [8] Outros
- [9] Não sei responder
- [10] Prefiro não responder

I.4 Com relação à sua **raça ou cor**, como você se considera?

- [1] Branca
- [2] Preta
- [3] Parda
- [4] Amarela (de origem asiática)
- [5] Indígena

I.5. Qual é o seu **maior nível de escolaridade**?

- [1] Ensino fundamental incompleto
- [2] Ensino fundamental completo
- [3] Ensino médio incompleto
- [4] Ensino médio completo
- [5] Nível superior incompleto
- [6] Nível superior completo
- [7] Residência
- [8] Especialização
- [9] Mestrado
- [10] Doutorado

I.6 Qual é sua **renda familiar**? (Em salários mínimos - SM)

- [1] Até 1 SM
- [2] Acima de 1 até 3 SM
- [3] Acima de 3 até 6 SM
- [4] Acima de 6 até 10 SM
- [5] Acima de 10 até 14 SM
- [6] Acima de 14 SM

I.7 Você **reside** com **alguém considerado grupo de risco para a COVID-19** (idosos com 60 anos ou mais, hipertensos e diabéticos, asmáticos, gestantes, portadores de doença renal crônica ou cardiopatia)

- [1] Sim

- [2] Não
- [99] Não sabe/ não lembra

I.8 Há **alguém** em sua **residência**, além de você, que **trabalha em serviços de saúde**?

- [1] Sim
- [2] Não
- [99] Não sabe/ não lembra

BLOCO II – CARACTERÍSTICAS GERAIS E OCUPACIONAIS

II.1 Qual é o **município** onde você trabalha?

- [1] Salvador
- [2] Feira de Santana
- [3] Vitória da Conquista
- [4] Manaus
- [5] Belo Horizonte

II.2 Qual é o **tipo de unidade básica** em que você trabalha?

- [1] Unidade básica de saúde
- [2] Unidade de Saúde da Família

II. 3 **Onde** está **localizada** sua unidade?

- [1] Área urbana
- [2] Área rural
- [99] Não sabe / não lembra

II.4 Houve algum caso de Covid-19 de **residente da área de abrangência** de sua unidade?

- [1] Não
- [2] Sim
- [99] Não sabe/Não lembra

II.5 Houve algum óbito de Covid-19 de **residente da área de abrangência** de sua unidade?

- [1] Não
- [2] Sim
- [99] Não sabe/Não lembra

II.6 Qual **ocupação** você exerce na unidade básica onde trabalha?

- [1] Dentista
- [2] Enfermeira(o)
- [3] Médico(a)

II.7 Qual é a sua jornada de trabalho **semanal** nesta unidade?

- [1] 10 horas
- [2] 12 horas
- [2] 20 horas
- [3] 24 horas
- [3] 30 horas
- [4] 40 horas
- [5] Outra. Especificar _____

II.8 Há quanto **tempo** você trabalha nesta unidade?

- [1] Menos de 6 meses
- [2] De 6 meses até 2 anos
- [3] Acima de 2 até 5 anos
- [4] Acima de 5 até 8 anos

[5] Acima de 8 até 10 anos

[6] Acima de 10 anos

II.9 Qual é o tipo de **vínculo empregatício** que possui com a unidade onde trabalha?

[1] Regime Jurídico Estatutário

[02] Regime de Direito Administrativo (RDA)

[99] Não sabe/ não lembra

BLOCO III– INFRAESTRUTURA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

III.1 Seu local de trabalho **disponibiliza máscaras faciais para usuários (Marque todas as opções que se aplicam)**

[1] Não

[2] Sim, para todos os usuários da unidade, mas a quantidade é insuficiente

[3] Sim, para todos os usuários da unidade e a quantidade é suficiente

[4] Sim, para usuários sintomáticos respiratórios, mas a quantidade é insuficiente

[5] Sim, para usuários sintomáticos respiratórios e a quantidade é insuficiente

[99] Não sabe/Não lembra

III.2 Seu local de trabalho **disponibiliza álcool em gel e/ou água e sabão? (Marque todas as opções que se aplicam)**

[1] Não

[2] Sim, nas áreas comuns

[3] Sim, nos consultórios

[4] Sim, nas salas de procedimento

[5] Sim, no setor administrativo

[99] Não sabe/Não lembra

III.3 Assinale os equipamentos de proteção individual (EPI) que estão disponíveis para o desenvolvimento de seu trabalho na unidade **(Marque todas as opções que se aplicam)**

[1] Não há EPI disponíveis em minha unidade

[2] Máscaras N95 ou PFF2

[3] Máscaras cirúrgicas

[4] Óculos de proteção

[5] Anteparo facial (elmo ou visor)

[6] Avental

[7] Gorro

[99] Não sabe/ não lembra

III. 4 Houve mudança na organização do **espaço físico** em sua unidade para **atendimento aos suspeitos de COVID-19 (Marque todas as opções que se aplicam)**

[1] Não

[2] Sim, sala de espera com distanciamento entre usuários

[3] Sim, sala de triagem separada para atendimento de sintomáticos respiratórios

[4] Sim, sala de estabilização de pacientes em situação de emergência

[99] Não sabe/Não lembra

III.5 Durante a pandemia foi **criado ou adaptado um refeitório para os profissionais?**

[1] Não foi criado;

[2] Sim, foi criado;

[3] Já existia refeitório e não foi adaptado;

[4] Já existia refeitório e foi adaptado;

[99] Não sabe/ não lembra

III.6 Sua unidade dispõe de **acesso à internet?**

[1] Não

- [2] Sim, mas o sinal é ruim
- [3] Sim, o sinal é regular ou bom
- [99] Não sabe / não lembra

III.7 Sua unidade dispõe de **telefone fixo para contato com usuário?**

- [1] Não
- [2] Sim, mas em número insuficiente
- [3] Sim, em número suficiente
- [99] Não sabe / não lembra

III.8 Sua **unidade dispõe de telefone celular para contato com usuários** (Telemonitoramento, tele consulta, outros)?

- [1] Não
- [2] Sim, mas em número insuficiente
- [3] Sim, em número suficiente
- [99] Não sabe / não lembra

III.9 Com qual frequência você utiliza **seu telefone celular pessoal** para contato com usuários (Telemonitoramento, tele consulta, outros)?

- [1] Sempre
- [2] Algumas vezes
- [3] Raramente
- [4] Nunca

III.10 Sua unidade dispõe de **tablets para contato com usuários?**

- [1] Não
- [2] Sim, mas em número insuficiente
- [3] Sim, em número suficiente
- [99] Não sabe / não lembra

III.11 Sua unidade dispõe de **computadores para o trabalho dos profissionais?**

- [1] Não
- [2] Sim, mas o número de computadores é insuficiente ou não estão em boas condições de uso
- [3] Sim, em boas condições de uso e em número suficiente
- [99] Não sabe / Não lembra

III.12 Qual(is) **sistema(s) de informação em saúde** sua unidade alimenta? (**Marque todas as opções que se aplicam**)

- [1] Não alimenta nenhum sistema
- [2] E-SUS
- [2] E-SUS-VE
- [3] SINAN
- [4] Sistema VIDA
- [5] Outro sistema. Especificar: _____
- [99] Não sabe / Não lembra

III.13 Assinale quais são os **insumos disponíveis** em sua unidade para o desenvolvimento de seu trabalho (**Marque todas as opções que se aplicam**)

- [1] Oxímetro
- [2] Oxigênio
- [3] Medicamentos para síndrome gripal
- [4] Medicamentos para estabilização de pacientes
- [5] Termômetro infravermelho
- [6] Testes rápidos para COVID-19
- [7] Insumos para coleta de material de oro e nasofaringe para realização de RT-PCR COVID-19

BLOCO IV– ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

IV. 1 Durante a pandemia, em algum momento, **houve suspensão de atividades realizadas pela unidade?** (**Marque todas as opções que se aplicam**)

- [1] Não houve suspensão de atividades
- [2] Sim, houve suspensão das consultas de pré-natal
- [3] Sim, houve suspensão do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de dois anos
- [4] Sim, houve suspensão das consultas de portadores de hipertensão e diabetes
- [5] Sim, houve suspensão dos atendimentos de saúde bucal
- [6] Sim, aplicação de vacinas
- [7] Sim, atividades de educação em saúde em grupos (gestantes, hipertensão arterial, diabetes mellitus)
- [99] Não sabe/não lembra

IV.2 Sua unidade reestruturou seus fluxos por causa do enfrentamento da pandemia de COVID-19? (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não houve modificação
- [2] Sim, minha unidade foi definida como referência ao atendimento de COVID-19
- [3] Sim, triagem para separar sintomáticos respiratórios dos demais usuários dentro da unidade
- [4] Sim, triagem para separar sintomáticos respiratórios dos demais usuários na área externa da unidade
- [5] Sim, triagem com separação de espaço dentro da unidade para usuários COVID-19 e não COVID-19
- [6] Sim, separação da porta de entrada para usuários COVID-19 e não COVID-19
- [7] Sim, uso de protocolo para atender os pacientes suspeitos de COVID-19
- [8] Sim, designação de equipe específica para atendimento aos usuários com suspeita ou confirmação de COVID-19
- [99] Não sabe / Não lembra

IV.3– Em sua unidade são atendidos casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19? (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não atende casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19
- A unidade não atende casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19
- [2] Sim, para diagnóstico e tratamento de casos leves na unidade
 - [3] Sim, para estabilização de casos moderados e/ou graves na unidade de saúde
 - [4] Sim, para transferência de casos moderados e/ou graves para unidade de emergência ou hospitalar
 - 99] Não sabe / Não lembra

IV.4– Em sua unidade é realizado o monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 em isolamento domiciliar? (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não
- [2] Sim, monitoramento clínico dos casos confirmados a cada 24 h
- [3] Sim, monitoramento clínico dos casos confirmados a cada 48 h
- [4] Sim, monitoramento clínico de casos confirmados sem periodicidade definida
- [5] Sim, monitoramento clínico dos casos suspeitos a cada 24 h
- [6] Sim, monitoramento clínico dos casos suspeitos a cada 48 h
- [7] Sim, monitoramento clínico de casos suspeitos sem periodicidade definida
- [99] Não sabe / Não lembra

IV.5 Você desenvolve alguma atividade online para atenção aos usuários de COVID-19? (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não desenvolvo atividades online
- [2] Sim, tele consulta para monitoramento clínico de casos de COVID-19
- [3] Sim, Telemonitoramento do isolamento domiciliar de casos de COVID-19
- [4] Sim, tele orientação sobre medidas de proteção contra a COVID-19
- [99] Não sabe/não lembro

IV.6 Os profissionais de saúde bucal (ESB) estão apoiando as atividades da unidade no enfrentamento da pandemia? (marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não
- [2] Sim, triagem de sintomáticos respiratórios
- [3] Sim, notificação de casos suspeitos
- [4] Sim, orientações aos usuários sobre medidas de proteção contra a COVID-19 (uso de máscaras faciais, distanciamento social, higiene frequente das mãos)
- [5] Sim, monitoramento de casos em isolamento domiciliar
- [6] Outras ações de apoio
- [99] Não sabe / Não lembra

V.1 Sua unidade **recebe informações da secretaria municipal de saúde sobre a notificação de casos** suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 que vivem em sua área de abrangência?

- [1] Não recebe informações
- [2] Sim, em até 24 h
- [3] Sim, em mais de 24 h
- [4] Sim, sem periodicidade definida
- [99] Não sabe / Não lembra

V.2 Sua unidade **realiza alguma ação de vigilância da COVID-19?** (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não realiza ações de vigilância
- [2] Sim, desenvolve ações educativas para usuários sobre uso de máscaras faciais, etiqueta respiratória, higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool em gel
- [3] Sim, desenvolve ações educativas para usuários sobre adoção do distanciamento físico e para evitar aglomerações
- [4] Sim, notifica os casos suspeitos de COVID-19
- [5] Sim, orienta por escrito e/ou com apoio de material audiovisual, medidas de isolamento social dos casos
- [6] Sim, orienta por escrito e/ou com apoio de material audiovisual, medidas de quarentena dos contatos dos casos
- [7] Sim identifica sintomáticos respiratórios na comunidade
- [8] Sim, identifica sintomáticos respiratórios em instituições de longa permanência de idosos
- [9] Sim, realiza testes rápidos de COVID-19
- [10] Sim, realiza coleta de material de oro e nasofaringe para RT-PCR
- [11] Sim, desenvolve ações de vigilância em instituições de longa permanência de idosos para identificação de casos e adoção de medidas de proteção (uso de máscaras faciais, etiqueta respiratória, higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool em gel e distanciamento físico)
- [12] Sim, desenvolve ações educativas em instituições públicas e/ou estabelecimentos comerciais para adoção das medidas de proteção (uso de máscaras faciais, etiqueta respiratória, higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool em gel e distanciamento físico)
- [99] Não sabe / Não lembra

V.3 Há alguma **articulação entre sua unidade e o setor de vigilância epidemiológica** de seu município?

- [1] Não
- [2] Sim, mas considero incipiente
- [3] Sim, e considero suficiente
- [99] Não sabe / Não lembra

V.4 Há alguma **articulação entre sua unidade e o setor de vigilância sanitária** de seu município?

- [1] Não
- [2] Sim, mas considero incipiente
- [3] Sim, e considero suficiente
- [99] Não sabe / Não lembra

BLOCO VI – APOIO SOCIAL A GRUPOS VULNERÁVEIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID -19

VI.1 Os profissionais de sua unidade desenvolvem alguma **atividade de apoio social a grupos vulneráveis para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 no território?** (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não
- [2] Sim, apoio à distribuição de cestas básicas
- [3] Sim, apoio à distribuição de itens de higiene pessoal
- [4] Sim, apoio ao preenchimento do cadastro único do Bolsa Família
- [5] Sim, apoio aos usuários para obtenção do auxílio emergencial
- [6] Sim, apoio a mulheres e crianças vítimas de violência
- [7] Sim, apoio a alunos e/ou professores de escolas do território
- [8] Sim, apoio a idosos que vivem em instituições de longa permanência
- [9] Sim, trabalho conjunto com os órgãos de assistencial social do município (CRAS e similares)
- [99] Não sabe / Não lembra

BLOCO VII – MANUTENÇÃO DAS AÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

As questões abaixo relacionam-se à manutenção das atividades de rotina realizadas em sua unidade**VII.1 Em relação à consulta de pré-natal (médica ou de enfermagem) presencial**

- [1] Está suspensa no momento
- [2] Foi mantida sem modificações
- [3] Foi mantida com modificações: foi incorporado o atendimento *online* para coleta da história clínica e esclarecimentos/ orientações (WhatsApp, telefone, outros)
- [99] Não sabe/não lembra

VII.2 Em relação à solicitação de exames complementares do pré-natal

- [1] Está suspensa no momento
- [2] Foi mantida sem modificações
- [3] Foi mantida com modificações: envio da solicitação dos exames para o “WhatsApp” ou Email da usuária
- [99] Não sabe/não lembra

VII.3 Em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de dois anos

- [1] Está suspenso no momento
- [2] Foi mantido sem modificações
- [3] Foi mantido com modificações: foi incorporado o atendimento *online* para orientações às mães ou responsáveis pela criança (WhatsApp, telefone, outros)
- [99] Não sabe/não lembra

VII.4 Em relação à aplicação de vacinas

- [1] Está suspensa no momento
- [2] Foi mantida sem modificações
- [3] Foi mantida com modificações
- [99] Não sabe/não lembra

VII.5 Em relação à realização de teste rápido de sífilis, hepatites e HIV/AIDS na unidade de saúde

- [1] Está suspensa no momento
- [2] Foi mantida sem modificações
- [3] Foi mantida com modificações
- [99] Não sabe/não lembra

VII.6 Em relação à consulta presencial (médica ou de enfermagem) de hipertensos acompanhados na unidade

- [1] Está suspensa no momento
- [2] Foi mantida sem modificações
- [3] Foi mantida com modificações: foi incorporado o atendimento *online* para coleta da história clínica e esclarecimentos/ orientações (WhatsApp, telefone, outros)
- [99] Não sabe/não lembra

VII.7 Em relação à consulta presencial (médica ou de enfermagem) de diabéticos acompanhados na unidade

- [1] Está suspensa no momento
- [2] Foi mantida sem modificações
- [3] Foi mantida com modificações: foi incorporado o atendimento *online* para coleta da história clínica e esclarecimentos/ orientações (WhatsApp, telefone, outros)
- [99] Não sabe/não lembra

VII.8 Em relação às atividades educativas com grupos (gestantes, diabéticos, hipertensos, idosos)

- [1] Estão suspensas no momento
- [2] Foram mantidas sem modificações
- [3] Foram mantidas com modificações:
- [99] Não sabe/não lembra

VII.9 Em relação à dispensação de medicamentos para usuários (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Está suspensa no momento
- [2] Foi mantida sem modificações
- [3] Foi mantida com modificações: ampliação do prazo de validade das prescrições de medicamentos de uso contínuo
- [4] Foi mantida com modificações: dispensação de medicamentos de uso contínuo para o período de 2 ou 3 meses

- [5] Foi mantida com modificações: **organização das filas nas farmácias, de forma a evitar aglomerações**
 [6] Foi mantida com modificações: **priorização de atendimento nas farmácias a pacientes com síndrome respiratória**
 [7] Foi mantida com modificações: **entrega dos medicamentos de pacientes acompanhados pela unidade através dos ACS**

[99] Não sabe/não lembra

VII.10 Em relação ao **atendimento à demanda espontânea**

- [1] Está suspenso no momento
 [2] Foi mantido sem modificações
 [3] Foi mantido com modificações:
 [99] Não sabe/não lembra

VII.11 Em relação ao **atendimento em saúde bucal (Marque todas as opções que se aplicam)**

- [1] Está suspenso no momento
 [2] Foi mantido sem modificações
 [3] Foi mantido com modificações: **redução do número de pacientes atendidos por dia e por consultório**
 [5] Foi mantido com modificações: **intensificação da rotina de higienização dos consultórios com aumento do intervalo de tempo entre os atendimentos**

[99] Não sabe/não lembra

BLOCO VIII- ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DURANTE A PANDEMIA

VIII.1 Durante a **pandemia** da COVID-19, houve **alteração na sua jornada de trabalho?**

- [1] Sim, houve redução da jornada
 [2] Sim, houve aumento da jornada
 [3] Não houve alteração da jornada
 [99] Não sabe / Não lembra

VIII.2 Durante a **pandemia** houve **rotina programada para os seguintes procedimentos** (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Pausas para alimentação durante a jornada de trabalho
 [2] Pausas para satisfação das necessidades fisiológicas
 [3] Pausas para troca de EPI ou outros acessórios de proteção
 [4] Pausas para outras finalidades, além das mencionadas anteriormente

VIII.3 Quanto ao uso do **ponto eletrônico:**

- [1] Já existia e foi mantido
 [2] Foi implantado
 [3] Foi retirado
 [99] Não sabe / Não lembra

VIII.4 Houve a **proibição de múltiplos vínculos** dos profissionais a fim de **evitar a contaminação cruzada** entre instituições?

- [1] Não
 [2] Sim
 [99] Não sabe / Não lembra

VIII.5 Você considera **suficiente o número de profissionais de sua unidade** para o **desenvolvimento de ações de atenção e vigilância da COVID-19?**

- [1] Não
 [2] Sim
 [99] Não sabe / Não lembra

BLOCO IX - AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

IX.1 Onde você costuma buscar informações sobre a COVID-19 (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Informações da mídia: jornal, televisão, rádio, revistas
- [2] Informações do trabalho
- [3] Redes sociais (*Whatsapp, Facebook, Instagram, Twitter*)
- [4] Diversos sites da internet
- [5] Órgãos oficiais de governos federal, estadual e municipal
- [6] Instituições de ensino e pesquisa
- [7] Publicações científicas
- [8] Capacitação ou treinamento por iniciativa própria

IX.2 Você participou de capacitação ou treinamento sobre a COVID-19? (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não participei de capacitação ou treinamento sobre COVID-19
- [2] Sim, sobre uso de EPI
- [3] Sim, sobre vigilância epidemiológica de COVID-19
- [4] Sim, sobre manejo clínico dos casos de COVID-19
- [5] Sim, sobre educação e comunicação em saúde sobre medidas de proteção para usuários/população em geral
- [6] Sim, sobre gerenciamento e manejo de resíduos dos serviços
- [7] Sim, sobre esterilização de materiais
- [8] Sim, sobre organização e ambiência dos serviços
- [9] Outro, especificar: _____
- [99] Não sabe/não lembra

BLOCO X- SOBRE CONTAMINAÇÃO E RETORNO AO TRABALHO PÓS-COVID-19

X. 1 É portador de alguma comorbidade ou situação que o coloque em risco em caso de contaminação pela COVID-19? (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não sou portador de comorbidade ou situação de risco
- [2] Hipertensão arterial
- [3] Diabetes mellitus
- [4] Obesidade
- [5] Asma
- [6] Idade igual ou superior a 60 anos
- [7] Gestante
- [8] Doença renal crônica
- [9] Cardiopatia
- [99] Não sabe / Não lembra

X.2 Você já foi diagnosticado com COVID-19?

- [1] Não
- [2] Sim
- [99] Não sabe / Não lembra

X.2.1 Quanto tempo você permaneceu afastado das suas atividades laborativas?

- [1] Menos de sete dias
- [2] 7 a 14 dias
- [3] Mais de 14 dias
- [4] Não fui afastado
- [99] Não sabe/não lembra

X.2.2 Como você considera sua forma de acometimento da COVID-19?

- [1] leve, sem internação
- [2] moderado sem internação
- [3] moderado com internação
- [4] grave com internação

X.2.3 Após o retorno ao trabalho você apresentou algum sintoma ou sequela decorrente da COVID-19? (Marque todas as opções que se aplicam)

- [1] Não tive sintoma ou sequela

- [2] Sim, tosse crônica
- [3] Sim, fadiga
- [4] Sim, dificuldade para respirar
- [5] Sim, perda de olfato
- [6] Sim, perda de paladar
- [7] Sim, perda de força muscular/ alterações de sensibilidade e de força motora
- [8] Sim, depressão ou ansiedade
- [9] Sim, problemas de memória e da capacidade de raciocínio
- [10] Sim, outro. Especificar: _____
- [99] Não sabe / Não lembra

X.2.4 Assinale as alternativas que descrevem suas **condições de retorno ao trabalho após seu adoecimento por COVID-19 (Marque todas as opções que se aplicam)**

- [1] Recebeu apoio necessário da instituição
- [2] Continuou na mesma função ou atividade
- [3] Sofreu algum tipo de discriminação por parte de colegas
- [4] Houve desconto salarial ou alguma perda financeira
- [99] Não sabe / Não lembra

X.2.5 Sua enfermidade **foi considerada acidente de trabalho** e, conseqüentemente, houve emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho ou outro documento, conforme a legislação trabalhista que rege o seu vínculo?

- [1] Não
- [2] Sim
- [99] Não sabe / Não lembra

BLOCO XI– SAÚDE MENTAL

XI.1 O senhor(a) recebeu de algum(a) médico(a) ou outro(a) profissional da saúde o diagnóstico de algum sofrimento mental (depressão, ansiedade, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade- TDAH) antes da pandemia de COVID-19?

- [1] Sim
- [2] Não
- [99] Não sabe / Não lembra

XI.2 Com que frequência, nas últimas duas semanas você teve sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

- [1] Nunca
- [2] Algumas vezes
- [3] Frequentemente
- [4] Muito frequentemente
- [5] Sempre

XI.3. Em decorrência do contexto de adoecimento epidêmico da COVID-19 e de sua atuação nessa unidade você buscou atendimento de psicólogo ou psiquiatra de modo presencial ou *on line* durante a pandemia?

- [1] Nunca
- [2] Algumas vezes
- [3] Frequentemente
- [4] Muito frequentemente
- [5] Sempre

VOCÊ TEM SENTIDO ALGUNS DOS PROBLEMAS RELACIONADOS ABAIXO. MARQUE TODOS QUE SE APLICAM A VOCÊ:

XI.4 Me sinto menos produtivo(a) no trabalho

- [1] Sim

[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.5 Dificuldade para dormir

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.6 Dificuldade em se concentrar

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.7 Sentir falta de esperança sobre o futuro

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.8. Sentir que sua vida é triste e que não há alegria nela.

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.9 Sentir muito cansaço

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

QUE SENTIMENTOS LHE TEM OCORRIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS? MARQUE AQUELAS QUE SE ADEQUAM AOS SEUS SENTIMENTOS:

XI.10 Sensação de perda de controle

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.11 Medo de contaminação

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.12 Incerteza de quando tudo isso acabará

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.13 Falta de liberdade de ir e vir

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.14 Instabilidade emocional

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.15 Tensão ou nervosismo

[1] Sim
[2] Não
[99] Não sabe / Não lembra

XI.16. Sensação de bem-estar

[1] Sim

[2] Não

[99] Não sabe / Não lembra

Agradecemos sua colaboração!

ANEXO A – Artigo 1

Artigo original

Proteção à saúde de profissionais da Atenção Primária durante pandemia da COVID-19 em Manaus

Health protection of Primary Care professionals during the COVID-19 pandemic in Manaus

Protección de la salud de los profesionales de Atención Primaria durante la pandemia COVID-19 en Manaus

RESUMO

Objetivo: Analisar as ações da Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Manaus para redução da exposição ao risco de contaminação em trabalhadores de saúde.

Método: Trata-se de estudo descritivo e exploratório, transversal e de abordagem quantitativa, por meio de coleta de dados primários, realizado com 104 profissionais atuantes na atenção primária à saúde de Manaus.

Resultados: Os Equipamentos de Proteção Individual, como máscaras faciais, estavam disponíveis em quantidade suficiente apenas para 50,9% dos usuários, segundo os profissionais participantes.

Conclusão: As mudanças no processo de trabalho também ocorreram na cidade de Manaus, onde pode-se notar o distanciamento entre os usuários e na triagem de sintomáticos, a disponibilidade de água e sabão, garantindo a segurança dos profissionais e de outros usuários.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Pessoal de Saúde. COVID-19.

ABSTRACT

Objective: Analyze Health Surveillance actions in Primary Health Care to combat COVID-19 in Manaus, to reduce exposure to the risk of contamination in health workers.

Method: This is a descriptive and exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, through primary data collection carried out with 104 professionals working in primary health care in Manaus.

Results: Personal Protective Equipment such as face masks for users was only available in sufficient quantity for 50.9%, according to participating professionals.

Conclusion: Changes in the work process also occurred in the city of Manaus, where one can notice the distance between users and in the screening of symptomatic patients, the availability of soap and water, guaranteeing the safety of professionals and other users.

Descriptors: Primary Health Care. Health Personnel. COVID-19.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las acciones de Vigilancia de la Salud en la Atención Primaria de Salud para combatir el COVID-19 en Manaus, para reducir la exposición al riesgo de contaminación de los trabajadores de la salud.

Método: Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, transversal, con abordaje cuantitativo, a través de la recolección de datos primarios realizada con 104 profesionales que actúan en la atención primaria de salud en Manaus.

Resultados: Los equipos de protección individual, como mascarillas para los usuarios, sólo estuvieron disponibles en cantidad suficiente para el 50,9%, según los profesionales participantes.

Conclusión: Cambios en el proceso de trabajo también ocurrieron en la ciudad de Manaus, donde se puede notar el distanciamiento entre los usuarios y en el tamizaje de pacientes sintomáticos, la disponibilidad de agua y jabón, garantizando la seguridad de los profesionales y demás usuarios.

Descriptor: Atención Primaria de Salud. Personal de Salud. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infectocontagiosa provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2 da síndrome respiratória grave 2, responsável pelo contexto pandêmico decretado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em janeiro de 2020 e tornou-se um dos maiores desafios encontrados no século XXI (PIRES BRITO et al., 2020).

A OMS, como órgão norteador, buscou orientar as tomadas de decisões dos serviços de saúde mundiais na tentativa de bloquear e minimizar o avanço da COVID-19, porém estas decisões mostraram-se frágeis em relação ao rápido avanço da doença pelo mundo. O temor com relação às consequências geradas pela pandemia levaram profissionais a trabalhar de forma conjunta na assistência, em pesquisas para medicamentos e vacinas para o controle dessa doença, até então desconhecida por todos (HIROO SAITO; LAQUES; AFELT, 2020).

Diante de emergências sanitárias, como surtos e pandemia, são adotadas pelo Sistema de Saúde de cada país as medidas de Vigilância em Saúde oportunas para controle e enfrentamento da crise. Por mais que cada país possua estratégias diferenciadas, o objetivo é a detecção precoce dos casos e seus contatos, seguindo as medidas de isolamento e quarentena propostas pelo governo para atenuar os impactos à vida humana (PRADO et al., 2021).

No Brasil, a emergência da COVID-19 evidenciou a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua potencialidade de reorganização frente aos novos desafios colocados diante do enfrentamento dessa pandemia. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), inúmeras estratégias organizacionais e uso de novas tecnologias para atenção à saúde da população foram necessárias para adequar os serviços visando o monitoramento e controle da pandemia, atenção aos casos de COVID-19, além de garantir a segurança dos profissionais de saúde para

continuidade do amplo espectro de ações essenciais para a atenção à saúde da população (FACCHINI, 2020; MACÊDO, 2020).

A importância da regionalização das ações locais realizadas de forma intersetorial pela Vigilância em Saúde reflete diretamente nas decisões tomadas em concordância com as necessidades reais da população assistida, desenvolvendo novas formas de operar o sistema e o serviço de saúde, tornando a assistência equânime e integral ao realizar a interação e o envolvimento dos setores e atores ligados à realidade local, tornando a comunidade parte do processo (ARREAZA; MORAES, 2010).

Em 2020, 81% dos óbitos registrados por COVID-19 estavam concentrados em cinco estados brasileiros, sendo o Amazonas o estado com maior concentração de óbitos pela doença na Região Norte. Ocupando um espaço territorial de aproximadamente 60% do país, o estado apresenta historicamente dificuldades sociais, atribuídas pela complexidade na logística de deslocamento, por se encontrar em uma região banhada por diversos rios. Sua capital, Manaus, possui pontos com elevado obstáculo de acesso à saúde, principalmente na periferia e nas áreas metropolitanas da cidade (ORELLANA et al., 2020).

Em maio de 2020, o sistema funerário da capital amazonense colapsou, e, em janeiro de 2021, foi a vez do sistema de saúde colapsar, por falta de leitos em enfermarias, em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e por falta de oxigênio (BARRETO et al., 2021). Durante o período de fevereiro de 2020 a dezembro de 2021, várias foram as condutas realizadas pelo governo e órgãos responsáveis na tentativa de conter o avanço da doença na cidade.

Em definição, para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Atenção Primária em Saúde possui a capacidade equitativa e eficiente para atender de 80% a 90% das necessidades de saúde da população, de forma coletiva e individual, devido à proximidade que envolve a estrutura deste tipo de atenção com a comunidade na qual está inserida. A consolidação dessa proximidade com a comunidade ocorre por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando os serviços multiprofissionais de saúde mais acessíveis a essa comunidade (OPAS, 2021).

Em 2021, assumiu uma nova gestão municipal, em meio ao aumento exponencial de casos da doença. Fortalecer as redes de APS, estabelecer novas estratégias e normas, intensificar o monitoramento e o acompanhamento até a alta dos casos de síndrome gripal, além da organização do fluxo de imunização em massa da população, foram algumas das medidas realizadas pela gestão municipal. A comunicação e as ações de vigilância epidemiológica e de assistência à saúde buscavam, de forma dinâmica, interromper a cadeia de transmissão,

proporcionando a otimização do manejo adequado de pessoas infectadas por COVID-19 (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2021).

Assim, diante dos desafios enfrentados pelos serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19, para garantir a continuidade dos trabalhos desenvolvidos seguindo o modelo de saúde adotado no país por meio da promoção e prevenção de agravos, além de concomitantemente manter as ações de Vigilância em Saúde para obtenção de informações sobre a doença pandêmica enfrentada, é que resolveu-se identificar as ações de vigilância voltadas para a proteção da saúde e redução de riscos relacionados à COVID-19 para a população e profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde, na cidade de Manaus, no biênio 2020 e 2021.

Desse modo, o presente estudo tem por finalidade responder a seguinte questão norteadora: Quais as medidas de vigilância tomadas na Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19 que garantisse à população e aos profissionais de saúde, a continuidade dos serviços baseados no modelo de promoção e prevenção de agravos à saúde?

Este estudo tem por objetivo analisar as ações de Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Manaus, para redução da exposição ao risco de contaminação em trabalhadores de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um macroprojeto de pesquisa, desenvolvido inicialmente na Bahia e replicado no Amazonas, no qual a capital Manaus foi lócus da investigação. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, transversal e de abordagem quantitativa, realizado com dados primários, coletados por meio de questionário de autopreenchimento, aplicado a médicos, enfermeiros e dentistas, visando investigação das ações de vigilância em saúde na atenção primária em saúde.

A pesquisa foi desenvolvida nas 21 unidades básicas de saúde que eram referência para o atendimento aos pacientes com suspeita da COVID-19, na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas, no biênio 2020 e 2021. Os critérios de elegibilidade para inclusão no estudo foram os participantes estarem há, pelo menos, um ano no serviço; ser profissional de saúde com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como profissional do lócus da pesquisa. Foi considerado excluído da pesquisa o sujeito que não satisfizesse qualquer um dos critérios apresentados, a fim de se evitar viés de seleção. A coleta dos dados ocorreu no período de maio a dezembro de 2023, período em que foi aplicado o questionário a todos os profissionais que atenderam os critérios de inclusão.

Os profissionais de saúde foram abordados de maneira presencial em seu local de trabalho, durante o intervalo entre suas consultas. Nesse momento, foi apresentada a descrição da pesquisa e a sua importância para compreensão da atuação da vigilância na Atenção Primária à Saúde durante o contexto pandêmico entre 2020 e 2021, período de maior concentração de novos casos da doença. Após a sensibilização, obtenção do consentimento para a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, o questionário era entregue ao profissional. Aguardava-se a devolução do questionário preenchido e, quando o profissional não podia responder imediatamente, era agendada nova data e local indicados pelo profissional para retorno do questionário, o mais próximo possível da data da primeira abordagem.

Os questionários foram digitados e analisados no aplicativo Jamovi versão (2.3.26). Os riscos deste projeto aos seus participantes são mínimos, e foram resguardadas as questões éticas de confidencialidade da identidade dos sujeitos da pesquisa, seus direitos de participação livre e esclarecida, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dentre as outras recomendações das normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 36866620.2.0000.5030, sob Parecer n. 4.281.848, e pelo CEP da Universidade do Estado do Amazonas, CAAE 48360821.9.1001.5016, Parecer n. 5.006.513, conforme Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A população deste estudo constituiu-se de 104 profissionais, sendo 19 dentistas, 54 enfermeiros e 31 médicos. Inicialmente, foram selecionadas 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo 3 móveis. Em duas das unidades móveis, os profissionais que estavam presentes não eram os mesmos que estiveram atuantes no período selecionado, e uma estava desativada. Entre as demais unidades, cinco unidades estavam em reforma durante o período da pesquisa, impossibilitando o alcance dos profissionais para participação da pesquisa. Portanto, a população deste estudo estava distribuída em 14 unidades.

Ao observar as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais, verificou-se que entre os profissionais de saúde entrevistados no período de abril a dezembro de 2023, houve o predomínio de profissionais do sexo feminino (68%), que se encontravam na faixa etária entre 31 e 59 anos (84,6%); 54 dos participantes (51,9%) são profissionais de enfermagem, e especialização é seu maior grau de escolaridade (67,3%).

Ao analisar o tipo de unidade em que atuavam, 64 profissionais (61,5%) responderam Unidade de Saúde da Família (USF), um tempo inferior a 5 anos (55,8%) e se apresentam em Regime de Direito Administrativo (RDA) com 52,4%. Na Tabela 1 estão presentes as características dos profissionais participantes do estudo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos profissionais de saúde participantes do estudo. Manaus, Amazonas, Brasil, 2023. (N=104)

	n	%
Sexo		
Feminino	71	68,0
Masculino	33	31,7
Faixa etária		
Até 30 anos	10	9,6
Entre 31 e 59 anos	88	84,6
60 anos e mais	6	5,8
Raça		
Branca	51	49,0
Preta	5	4,8
Parda	46	44,2
Indígena	2	1,9
Ocupação		
Dentista	19	18,3
Enfermeiro(a)	54	51,9
Médico(a)	31	29,8
Escolaridade		
Nível superior completo	19	18,3
Residência	10	9,6
Especialização	70	67,3
Mestrado	3	2,9
Doutorado	2	1,9
Tipo de unidade		
Unidade Básica de Saúde	40	38,5
Unidade de Saúde da Família	64	61,5
Tempo de serviço		
Inferior a 5 anos	58	55,8
Superior a 5 anos	46	44,2
Vínculo empregatício		
Estatutário	48	46,6
Regime de direito administrativos	54	52,4
Não sabe	1	1,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

A Tabela 2 apresenta a disponibilidade de equipamentos de proteção individual para os usuários e os profissionais participantes. Pode-se observar a relação entre a disponibilidade de máscaras descartáveis aos usuários e/ou sintomáticos respiratórios, em que 50,9% (n=53) dos

profissionais afirmaram que estava disponível em quantidade suficiente e 49,1% (n=51), em quantidade insuficiente para a demanda. Este resultado mostra a fragilidade nas ações para minimizar o avanço da doença ou, até mesmo, para garantir a esses profissionais o mínimo de segurança durante a execução de suas atividades, uma vez que quase a metade deles apontou insuficiência num insumo de proteção tão importante.

Outro insumo bastante utilizado durante a pandemia foi o álcool em gel e a lavagem das mãos com água e sabão. Uma potencialidade encontrada durante a pesquisa foi a sinalização dos participantes quando questionados sobre a disponibilidade desses insumos. Todos os participantes afirmaram que foram disponibilizados, enquanto 86,6% (n=90) dos profissionais afirmaram que estavam disponibilizados, tanto em áreas comuns quanto em setores administrativos, e 96,2% (n=100) afirmaram ainda que estavam disponíveis nos consultórios e em salas de procedimentos, locais de maior circulação de usuários.

Questionou-se sobre a disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais, considerando que cada profissional poderia afirmar a disponibilidade de mais de um item: a disponibilidade de máscaras cirúrgicas foi de 86,5% (n=90), de máscara N95 foi de 54,8% (n=57), de avental 70,2% (n=73), e de gorro 68,3% (n=71). Quando questionados sobre a disponibilidade de proteção facial, como óculos e/ou visor, 55,8% (n=58) afirmaram estar disponíveis durante o período mais pandêmico da cidade de Manaus.

Uma mudança significativa no espaço físico foi o cumprimento das recomendações de órgãos responsáveis para se manter o distanciamento entre os usuários; quanto a isso, 49% (n=51) sinalizaram o cumprimento desta orientação. Com relação às mudanças na triagem de sintomáticos respiratórios, 35,6% (n=37) afirmaram ter ocorrido, no entanto, 30,8% (n=32) afirmaram que não houve nenhuma mudança e/ou não lembravam de ter ocorrido alguma mudança.

Com relação à mudança em locais de uso comum entre os profissionais, 57,5% (n=60) dos profissionais disseram que não foi criado e/ou adaptado um refeitório durante a pandemia e 31,7% (n=33) afirmaram ter sido criado e/ou adaptado esse espaço de uso coletivo aos profissionais.

Com relação à jornada de trabalho, 85,6% (n=89) dos profissionais afirmaram que não houve alteração alguma, já 11,5% (n=12) observaram um aumento na jornada de trabalho. Quanto ao uso do ponto eletrônico durante a pandemia, 85,6% (n=89) dos profissionais participantes do estudo demonstraram não saber e/ou lembrar.

Quando questionados sobre a suficiência da quantidade de colaboradores atuantes em meio à pandemia, 52,9% (n=55) dos profissionais sinalizaram ter sido suficiente e 46,2%

(n=48) que era insuficiente a quantidade de colaboradores em suas unidades de saúde durante a pandemia.

Sobre as pausas programadas para satisfação de suas necessidades fisiológicas, considerando que era possível mais de uma resposta por participante, 20,2% (n=21) dos profissionais sinalizaram a existência de pausas para a alimentação entre as jornadas de trabalho, 23,1% (n=24) que existiam pausas para as necessidades fisiológicas, 28,8% (n=30) que existiam pausas para a troca de EPI, e 24% (n=25) que houve pausas para outras necessidades. Entretanto, chama a atenção que 40,4% (n=42) sinalizaram que não houve pausas durante a jornada, contribuindo para o cansaço e desgaste destes profissionais, como mostra a Tabela 2, a seguir:

Tabela 2 - Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual. Manaus, Amazonas, Brasil, 2023. (N=104)

Variáveis	n	%
Disponibilidade de máscaras faciais aos usuários e/ou sintomáticos respiratórios		
Não	11	10,6
Sim, quantidade suficiente	53	50,9
Sim, quantidade insuficiente	51	49,1
Disponibilidade de álcool em gel e/ou água e sabão*		
Sim, em áreas comuns e/ou setor administrativo	90	86,6
Sim, em consultórios e/ou salas de procedimentos	100	96,2
Não sei/Não lembro	1	1
Equipamentos de Proteção Individual disponíveis*		
Não há Equipamentos de Proteção Individual	1	1
Máscaras cirúrgicas	90	86,5
Máscaras N95	57	54,8
Avental	73	70,2
Gorro	71	68,3
Proteção facial (óculos e/ou visor)	58	55,8
Não sei/não lembro	2	1,9
Mudança na organização do espaço físico em sua unidade*		
Não houve mudanças	13	12,5
Mudanças no distanciamento entre usuários	51	49
Mudanças na triagem de sintomáticos respiratórios	37	35,6
Mudança em sala de estabilização	13	12,5
Não sabe/não lembra	19	18,3
Criação ou adaptação de refeitório para funcionários		
Não foi criado e/ou adaptado	60	57,5
Foi criado e/ou adaptado	33	31,7
Não sabe/não lembra	11	10,6
Alteração na jornada de trabalho		
Não houve alteração	89	85,6
Houve redução da jornada	2	1,9
Houve aumento da jornada	12	11,5

Não sabe/não lembra	1	1
Uso do ponto eletrônico		
Foi mantido	6	5,8
Foi implantado	-	-
Não sabe/não lembra	89	85,6
Houve proibição de múltiplos vínculos		
Não	49	47,1
Sim	34	32,7
Não sabe/não lembra	21	20,2
Você considera suficiente a quantidade de profissionais atuando		
Não	48	46,2
Sim	55	52,9
Não sabe/não lembra	1	1
Pausas programadas durante a pandemia		
Alimentação	21	20,2
Necessidades fisiológicas	24	23,1
Troca de Equipamentos de Proteção Individual	30	28,8
Outras necessidades	25	24
Não houve pausas	42	40,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

*Foi possível mais de uma resposta para cada profissional (soma>100%).

DISCUSSÃO

Durante a pandemia, muito se discutiu sobre as medidas de proteção adotadas no serviço de saúde. Estas medidas podem ser definidas como de precaução padrão ou, a depender do agente infeccioso do qual se busca a proteção, precaução específica ou, ainda, baseada na sua transmissibilidade (JESUS; DIAS; FIGUEIREDO, 2019). Inicialmente, as medidas de precaução para controle da transmissão da COVID-19 adotadas pela Organização Mundial de Saúde foram as medidas para transmissão por gotículas, portanto, o uso de EPIs deveria ser correspondente às aplicadas para medidas de precaução para este tipo de transmissão (OPAS, 2020a). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) adotou as mesmas medidas (BRASIL, 2020d), contudo, posteriormente, a OMS atualizou as medidas de precaução e não descartou que a doença também fosse transmitida via aerossóis (REINHARDT, 2022).

Em relação às variáveis sobre a disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual tidos como essenciais para a segurança da população e dos próprios profissionais de saúde, estes incluem itens, como máscaras, luvas, aventais, proteção facial entre outros, que colaboram na redução da exposição ao vírus e, dessa forma, auxiliam na prevenção da transmissão da doença (LIMA KUBO et al., 2020).

A disponibilidade de máscaras à população, identificadas ou não como sintomáticos respiratórios, também pode ser inserida como uma forma de redução e prevenção à doença. Durante o estudo, mais da metade dos profissionais afirmou que eram suficientes e quase metade dos entrevistados informou que as máscaras descartáveis estavam disponíveis, porém a quantidade era insuficiente, dados preocupantes que apontam resultados próximos, uma vez que o uso de máscara tornou-se uma das ferramentas preconizadas ao combate à propagação da doença(SOARES et al., 2020).

As máscaras, especialmente a cirúrgica, apresentam alta eficácia para proteção dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente contaminado por diversas doenças, incluindo a COVID-19(BUNDGAARD et al., 2020), no entanto, durante o momento mais pandêmico, em que a doença alcançou a grande maioria dos países, a demanda desta ferramenta superou a produção, ocasionando determinado nível de escassez do produto no mercado(OPAS, 2020b), dados que podem corroborar as informações obtidas sobre a insuficiência da distribuição do EPI.

Outra medida tomada para evitar a transmissão direta da doença e proteger tanto os profissionais atuantes quanto os usuários das unidades de saúde, foi a intensificação da higienização das mãos, seja com sabão ou com o uso do álcool em gel(GONÇALVES et al., 2021). A grande demanda para álcool em gel gerou escassez do produto no mercado durante o período pandêmico(FERREIRA et al., 2022), em consequência, a atenção de todos voltou-se para um método mais simples e barato da realização de antisepsia das mãos, desde que realizada de maneira correta, que foi o uso de água e sabão, conforme orientações feitas pela OMS^(19,20).

Assim, a disponibilidade do álcool em gel e/ou água e sabão foi confirmada pela maioria dos profissionais, devendo ser ressaltada que a disponibilidade desses itens depende do nível de abastecimento e, dependendo da região, este abastecimento não é feita de forma adequada. Além do mais, a busca por álcool em gel aumentou de forma abrupta durante o início da pandemia, o que impactou significativamente a distribuição desses produtos básicos de higiene em muitas unidades de saúde pelo Brasil e pelo mundo. A instalação de dispensadores de álcool em pontos estratégicos e as orientações sobre o uso correto do álcool em gel e/ou água e sabão, realizado por meio de treinamentos, educação continuada e atividades educativas, colabora como medida importante para a conscientização de profissionais e usuários das unidades de saúde, garantindo a disponibilidade destes itens para segurança de ambos(MORAES et al., 2022).

A disponibilidade de outros EPIs, como avental e gorro, obteve alta afirmação entre os participantes. Estes EPIs têm a função de proteção física de barreira, evitando que agentes infecciosos entrem em contato com a pele, cabelo e roupas dos profissionais. Por serem descartáveis, ao serem utilizados de maneira correta, podem evitar a contaminação cruzada entre pacientes. Então, é importante que sejam utilizados de forma adequada, sejam de boa qualidade, resistentes a fluidos corporais e de fácil remoção, para que possam desempenhar sua função na proteção dos profissionais e mitigação da propagação da doença durante o contexto mais pandêmico na cidade de Manaus(SOARES et al., 2021).

Outra medida para contenção do avanço da doença e colapso dos serviços de saúde foi o distanciamento social, tão necessário nas unidades de saúde que estavam recebendo a todo instante novos casos de COVID-19 e/ou na execução de atividades tidas como essenciais para a sobrevivência humana, como aquisição de alimentos, medicações, entre outras urgências exigidas pelo momento.

Tida como porta de entrada para o sistema de saúde, a APS é responsável por responder a mais de 80% das necessidades de vida da população(OPAS, 2021). Sobre a COVID-19, 40% dos novos casos da doença eram considerados leves e outros 40% considerados moderados, totalizando 80% de novos casos possivelmente tratados pela APS, o que levava boa parte da população a buscar as Unidades Básicas de Saúde (UBS)(BRASIL, 2020c), obrigando estas unidades a reformularem seus espaços físicos e processos de trabalho para acolher a nova e excessiva demanda gerada pela COVID-19.

Na busca para garantir o distanciamento entre as pessoas, foram necessárias mudanças no processo de trabalho e na organização física das unidades de saúde para receber tantos pacientes acometidos por COVID-19 quanto para as demandas já existentes das unidades(BITENCOURT et al., 2020), adaptando-se o espaço físico para garantir a segurança do atendimento adequado. Na Atenção Primária à Saúde não foi diferente. Por mais que um quantitativo pequeno dos participantes tenha apontado não haver mudança no espaço físico de suas unidades de saúde, ainda assim, torna-se um dado preocupante, principalmente quando é observado o não seguimento das orientações dadas pela Organização Mundial de Saúde para o distanciamento social que pudesse garantir um ambiente seguro para o atendimento durante a pandemia(ARNALDO et al., 2023).

A mudança do processo de trabalho para a triagem de sintomáticos respiratórios foi de suma importância, por ser uma etapa fundamental para a separação de pacientes que apresentavam sintomas respiratórios dos demais pacientes(ENGSTROM et al., 2020). Essa mudança no processo de trabalho permitiu identificar, de forma mais eficaz, os pacientes,

reduzindo riscos de contágio, ao isolar os usuários sintomáticos respiratórios e agilizando o seu atendimento, usando, de forma adequada, os recursos e evitando desperdícios de tempo e de materiais no período mais turbulento da pandemia(ARNALDO et al., 2023).

Por outro lado, era prioridade a necessidade em proteger os profissionais tanto da doença quanto do desgaste físico e mental, especialmente da sobrecarga de serviços, uma vez que, a cada dia, mais profissionais adoeciam e eram afastados de suas funções, sobrecarregando os que ficavam, gerando, assim, um déficit de profissionais para a assistência de pacientes com COVID-19, que crescia de forma exponencial durante este período.

Assim, buscando minimizar as contaminações entre os profissionais, diversas rotinas tiveram que ser modificadas, criadas ou adaptadas constantemente com o principal objetivo de diminuir as transmissões, assegurando ao profissional a possibilidade de continuar exercendo suas atividades laborais e resguardando-se contra a doença. Uma dessas mudanças observada, para que fosse possível garantir a segurança e a saúde dos profissionais, foi a criação ou adaptação de um espaço para a realização de refeição desses profissionais, uma vez que a pandemia trouxe a necessidade de mudanças dos refeitórios das unidades de saúde devido ao alto risco de contaminação(HAMMES et al., 2022).

Não houve nenhuma alteração na jornada de trabalho para a maioria dos profissionais. É notório que a pandemia da COVID-19 trouxe sérias consequências para a jornada de trabalho, sobretudo para os profissionais da área da saúde, uma vez que aumentou a demanda de atendimentos, causando desgaste físico e mental ao sobrecarregar o serviço durante esse período desafiador para todos(SULTANA et al., 2020). Ainda sobre a jornada de trabalho, esta foi reduzida para um quantitativo pequeno de profissionais, enquanto que para um outro grupo foi aumentada, apesar de estudos mostrarem que o estresse, a exaustão e a sobrecarga de serviço aumentam os riscos de contaminação pela COVID-19(TEIXEIRA et al., 2020).

Quando perguntados sobre o uso de ponto eletrônico durante a pandemia, muitos responderam não saber/não lembrar, no entanto, o ponto eletrônico é considerado uma ferramenta para controle da jornada de trabalho. Essa tecnologia permite maior transparência nos registros, contribuindo para o cumprimento das escalas de trabalho, garantindo melhor organização dos recursos humanos das unidades de saúde(BRASIL, 2020e).

Outro desafio encontrado durante a pandemia foi a multiplicidade de vínculos profissionais de trabalhadores da área da saúde. Devido ao contato constante com agentes infecciosos, as possibilidades de contaminação são altíssimas e acabam tornando o profissional de saúde um vetor de transmissão, especialmente em locais com número de indivíduos

elevados, como ocorrido em todas as unidades de saúde no contexto pandêmico da COVID-19 (FRACOCO et al., 2021).

Assim, os profissionais de saúde que estiveram na linha de frente do combate à COVID-19, poderiam facilmente tornar-se vetores da doença, tanto entre os pacientes quanto para seus familiares. Entretanto, além da angústia e do medo, foi possível observar a sobrecarga de serviço pela alta demanda, sobretudo em profissionais que mantêm mais de um vínculo empregatício, redução do tempo de descanso, cansaço físico, falta de concentração para tomada de decisões, gerando impactos na saúde mental desses profissionais proporcionado pelo elevado estresse ocupacional (DANTAS, 2021). Dessa forma, a proibição de múltiplos vínculos poderia surgir como uma estratégia assertiva para impedimento de maiores danos à saúde do profissional, garantindo-lhe o mínimo de segurança ao exercer sua função.

Por outro lado, a complexidade apresentada pela pandemia da COVID-19 exigiu que a demanda de profissionais de saúde aumentasse em todo o mundo. O aumento de números de casos, a sobrecarga de trabalho pelos profissionais já atuantes e o afastamento de muitos acometidos pela doença, tornou necessária a contratação de novos profissionais, para que fosse possível suprir e garantir o atendimento adequado aos usuários (BACKES et al., 2021).

A insuficiência de profissionais em unidades de saúde pode ter se intensificado devido à demanda de novos infectados, que se tornou crescente, cada vez mais, no ápice da pandemia no Amazonas e no mundo, entre os anos de 2020 e 2021, provocando longas filas de espera por atendimento, atrasos entre a chegada do paciente e a prestação de assistência à saúde e possíveis agravamentos do quadro de saúde destes pacientes.

A sobrecarga de serviços vivenciada na época afetou diretamente o desempenho profissional, aumentando o risco de seu afastamento, seja por exaustão, estresse ou, até mesmo, pelo desenvolvimento de síndrome de Burnout, limitando a expansão do sistema de saúde para lidar com a crise vivenciada, o que gerou impactos negativos tanto no atendimento e prestação de assistência à saúde dos usuários quanto aos próprios profissionais de saúde (BORGES et al., 2021; GALON; NAVARRO; GONÇALVES, 2022).

Além de todo o estresse gerado pela situação vivenciada, é necessário lembrar que, ao se mencionar os profissionais de saúde, está se referindo a seres humanos, assim, é importante salientar-se que o cumprimento de pausas ou intervalos durante o serviço em meio à pandemia, poderia auxiliar para o bem-estar e saúde desses profissionais (VEDOVATO et al., 2021).

As pausas programadas para alimentação e outras necessidades desses profissionais poderiam proporcionar um momento de descanso e recuperação da energia, reduzindo o estresse e a fadiga, fortalecendo o sistema imunológico e garantindo saúde para continuação da

jornada de trabalho intensa, possibilitando melhora na concentração para tomada de decisões assertivas e na qualidade na assistência aos pacientes(CORDEIRO et al., 2021).

Sobre as limitações do estudo, destaca-se a dificuldade em acessar os profissionais, seja pela ausência ou pela recusa em participar, tendo em vista que muitos profissionais inicialmente listados foram afastados de suas funções durante os anos de 2020 e 2021. Outros foram remanejados de unidade, alguns encontravam-se de férias ou de licença e ainda havia aqueles que não estavam mais na unidade ou haviam ido à óbito em meio à batalha contra a COVID-19.

CONCLUSÃO

A Atenção Primária à Saúde dentro do contexto de Sistema de Saúde no Brasil é classificada como a porta de entrada aos serviços de saúde e é responsável pela resolução de boa parte dos problemas de saúde da população, encontra-se no centro da Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde e deve organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde. Contudo, este estudo mostrou que a eficácia e o sucesso da Atenção Primária à Saúde, como ordenadora e organizadora dos atendimentos, depende essencialmente de uma forte comunicação entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, além de buscar modificações e adaptações do processo de trabalho dentro da Atenção Primária para assegurar aos profissionais de saúde a proteção da sua saúde, bem como a segurança à saúde da população.

A falta de conhecimento sobre o vírus e as reais sequelas ou desfecho da doença, levaram a diversas mudanças e adaptações inclusive na Atenção Primária à Saúde de Manaus. Foram necessárias mudanças não somente no processo de trabalho, como também nas estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde, para que fossem possíveis o acolhimento e a prestação inicial de assistência às pessoas que buscavam essas unidades como ponto inicial de ajuda. Esta pesquisa evidencia que essas mudanças no processo de trabalho também ocorreram na cidade de Manaus, com a adoção do distanciamento entre os usuários e na triagem de sintomáticos, garantido a segurança dos profissionais e de outros usuários. Outro ponto positivo para a Atenção Primária de Manaus é observado com relação à disponibilidade de água e sabão para higienização das mãos, a disponibilidade de insumos, cuja procura foi maior que a produção, o que ocasionou uma certa ausência no mercado, como o álcool em gel e as máscaras descartáveis. Para estes insumos não houve dados negativos, uma vez que a porcentagem das respostas ao questionário foi alta se comparadas à realidade de outros municípios.

A presente pesquisa não possui pretensão de extenuar o tema, mas retrata o enfrentamento da crise sanitária, imposta pela COVID-19, pelos profissionais de saúde atuantes

na Atenção Primária à Saúde de Manaus, mostrando potencialidades e fragilidades do sistema de saúde no âmbito da atenção básica, podendo, desta forma, contribuir em decisões futuras após análises dos seus dados. Os resultados encontrados nesta pesquisa contribuem para auxiliar gerenciamentos futuros, para melhor compreensão da necessidade e importância de se investir na assistência à saúde em nível básico, fornecendo subsídios técnicos para tomadas de decisões e/ou políticas públicas capazes de diminuir os impactos deixados pela falta de organização e investimento, como trazidos à luz pela pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Brito SBP, Braga IO, Cunha CC, Palácio MAV, Takenami I. Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. *Vigil Sanit Debate*. 2020;8(2):54-63. doi: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01531>
2. Hiroo Saito C, Laques AE, Afelt A. The world after Covid-19: vulnerabilities, uncertainties, and socio-environmental challenges. *Rev Just Direito*. 2020;34(2):52-104. doi: <https://doi.org/10.5335/rjd.v34i2.11009>
3. Prado NMBL, Biscarde DGDS, Pinto Junior EP, Santos HLPC, Mota SEC, Menezes ELC, et al. Primary care-based health surveillance actions in response to the COVID-19 pandemic: contributions to the debate. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(7):2843-57. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>
4. Facchini LA. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? *APS*. 2020;2(1):3-10. doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.73>
5. Macêdo DF. Importância do Sistema Único de Saúde Brasileiro para o Enfrentamento de Emergências de Saúde Pública. *RAHIS, Rev Adm Hosp Inov Saúde*. 2020;17(2):13-21. doi: <https://doi.org/10.21450/rahis.v17i2.6202>
6. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Cienc saúde colet*. 2010;15(4):2215-28. doi: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000400036>
7. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Horta BL, Leite IC. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(7):e001200201. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00120020>
8. Barreto ICHC, Costa Filho RV, Ramos RF, Oliveira LG, Martins NRAV, Cavalcante FV, et al. Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. *Saúde Debate*. 2021;45(131):1126-39. doi: 10.1590/0103-1104202113114

9. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção primária à saúde. Washington, D. C: OPAS; 2021 [citado 2022 out 10]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>
10. Amazonas. Prefeitura Municipal de Manaus. Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19) 2021. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus; 2021 [citado 2022 out 13]. Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/semsa/wp-content/uploads/sites/8/2023/01/PLANO-DE-CONTINGENCIA-COVID-19-2021.pdf>
11. Jesus JB, Dias AAL, Figueiredo RM. Specific precautions: experiences of hospitalized patients. Rev Bras Enferm. 2019;72(4):874-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0888>
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção. Washington, D. C; OPAS; 2020 [citado 2022 out 13]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOV-1920089_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Ministério da Saúde (BR). Recomendações de proteção aos trabalhadores do serviço de saúde no contexto da pandemia da Covid-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2022 out 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protecao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view>
14. Reinhardt ÉL. Transmissão da COVID-19: um breve reexame das vias de transmissão por gotículas e aerossóis. Rev bras saúde ocup. 2022;47:ecov3. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000000221>
15. Kubo HKL, Campiolo EL, Ochikubo GT, Batista G. COVID19 Pandemic impact in the health care system: a literature review. Interam J Med Heal. 2020;3. doi: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.140>
16. Soares SSS, Souza NVDO, Silva KG, César MP, Souto JDSS, Leite JCRAP. Covid-19 pandemic and rational use of personal protective equipment. Rev enferm UERJ. 2020;28:e50360. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50360>
17. Bundgaard H, Bundgaard JS, Raaschou-Pedersen DET, Mariager AF, Schytte N, von Buchwald C, et al. Face masks for the prevention of COVID-19-Rationale and design of the randomised controlled trial DANMASK-19. Dan Med J [cited 2022 Nov 10]. 2020;67(9):A05200363. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32829745/>
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19). Washington D. C: OPAS; 2020 [citado 2022 nov 11]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51954>

19. Gonçalves RMV, Gorreis TF, Sordi RM, Souza E, Rodrigues NH. Higiene das mãos em tempos de pandemia. *Rev Eletrônica Acervo Enferm.* 2021;12:e7944. doi: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e7944.2021>
20. Ferreira KQ, Rigoli IC, Silva MVS, Espeleta AF, Rocha ZN. Alcohol Gel for Asepsis of the Hands – Proper Formulation and Guaranteed Efficiency Amid the Pandemic of Covid-19. *Quim Nova* [cited 2022 Nov 11]. 2022;45(3):324-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/hTn55TkSRvVwMyCy54wbMPc/abstract/?lang=pt>
21. Moraes AGG, Moraes JG, Ide LK, Miranda MG, Lopes AJ, Silva CAF. Prevention of COVID-19 in the 2020-2021 biennium: recommendations on hygiene habits established by the Ministry of Health. *Res Soc Dev.* 2022;11(12):e460111234718. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34718>
22. Soares AKT, Arruda FR, Novais GMM, Martins RB, Araújo AHIM. The importance of dressing and undressing safely in aerosol infections, with a focus on Covid-19: a literature review. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2021;13(6):e7786. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e7786.2021>
23. Ministério da Saúde (BR). Acha que está com sintomas da covid-19? Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2024 Mar 14]. Disponível em: <https://www.coronavirus.ms.gov.br/acha-que-esta-com-sintomas-da-covid-19/>
24. Bitencourt JVOV, Meschial WC, Frizon G, Biffi P, Souza JB, Maestri E. Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for covid-19. *Texto contexto - enferm.* 2020;29:e20200213. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0213>
25. Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, Salci MA, Galdino MJQ, Martins MA, et al. Reorganization of the Work Process in Primary Health Care in Coping With Covid-19. *Cogitare Enferm.* 2023;28:e86126. doi: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.91105>
26. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHM. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020 [citado 2024 mar 31]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41404>
27. Hammes TO, Zoche E, Giesta JM, Dornelles CTL, Vargas MS, Anele CR, et al. Um ano de pandemia: experiência do Serviço de Nutrição e Dietética de um hospital de referência para atendimento de covid-19. *Clin Biomed Res.* 2022;42(1):51-6. doi: <https://doi.org/10.22491/2357-9730.114536>
28. Sultana A, Sharma R, Hossain MM, Bhattacharya S, Purohit N. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics.* 2020;5(4):308-11. doi: 10.20529/IJME.2020.73
29. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, de Andrade LR, et al. The health of healthcare professionals coping with the covid-19 pandemic. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(9):3465-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

30. Ministério do Trabalho e Previdência (BR). Gabinete do Ministro. Portaria/MTP nº 671, de 08 de novembro de 2021. Regulamenta disposições relativas à legislação trabalhista, à inspeção do trabalho, às políticas públicas e às relações de trabalho. Diário Oficial da União. 2021 nov 11 [citado 2024 abr 1]. 212 (Seção 1): 217. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-359094139>
31. Fraçoco AM, Sabino MC, Houana NG, Cuna TC. Medidas de Prevenção e Controlo da COVID-19 no Ambiente Hospitalar: O Exemplo do Instituto Do Coração. *Rev moçamb ciênc saúde*. 2021;7(1):40-4. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5gx64>
32. Dantas ESO. The mental health of brazilian health professionals within the context of the COVID-19 pandemic. *Interface (Botucatu)*. 2021;25(Suppl 1):e200203. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>
33. Backes MTS, Higashi GDC, Damiani PR, Mendes JS, Sampaio LS, Soares GL. Working conditions of Nursing professionals in coping with the Covid-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200339. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>
34. Borges FES, Aragão DFB, Borges FES, Borges FES, Sousa ASJ, Machado ALG. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2021;95(33):e021006. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>
35. Galon T, Navarro VL, Gonçalves AMS. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev bras saúde ocup*. 2022;47:ecov2. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/15821PT2022v47ecov2>
36. Vedovato TG, Andrade CB, Santos DL, Bitencourt SM, Almeida LP, Sampaio JFS. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? *Rev bras saúde ocup*. 2021;46:e1. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>
37. Cordeiro ABB, Vidal BFB, Albuquerque KP, Melo PBCB, Oliveira RHPB, Rocha VA, et al. Integralidade no atendimento dos profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19: uma revisão integrativa. In: Furtado JHS, organizador. *Integralidade e Saúde: experiências, desafios e possibilidades no contexto pandêmico brasileiro*. Campo Grande: Inovar; 2021. p. 60-72. doi: <https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-86212-85-3>