

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RAYSSA ABREU BORGES

PANDEMIA COVID-19 E A PRODUÇÃO DE NARRATIVAS POR
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE
JANEIRO

RIO DE JANEIRO
2024

RAYSSA ABREU BORGES

PANDEMIA COVID-19 E A PRODUÇÃO DE NARRATIVAS POR
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE
JANEIRO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis-HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Atenção Primária à Saúde, área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: PROF DRA ALICIA REGINA NAVARRO DIAS DE SOUZA

Rio de Janeiro
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

A277p ABREU BORGES, RAYSSA
PANDEMIA COVID-19 E A PRODUÇÃO DE NARRATIVAS POR
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CIDADE
DO RIO DE JANEIRO / RAYSSA ABREU BORGES. -- Rio de
Janeiro, 2024.
202 f.

Orientador: ALICIA REGINA NAVARRO DIAS DE SOUZA.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde,
2024.

1. PANDEMIA COVID-19. 2. NARRATIVA PESSOAL. 3.
PROFISSIONAIS DE SAÚDE. 4. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.
I. NAVARRO DIAS DE SOUZA, ALICIA REGINA , orient.
II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA / INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



ATA DA DEFESA FINAL DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Às 14:00:00h do dia 05/07/2024 teve início a Banca de Defesa Final da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: **Linha 1. Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis**. A dissertação com o título: "**PANDEMIA COVID-19 E A PRODUÇÃO DE NARRATIVAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**", foi apresentada pela candidata **RAYSSA ABREU BORGES**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro – FM/HESFA/UFRJ, registro **120075686** (SIGA). A Qualificação atendeu à Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre qualificação e defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, art. 1º": () item 2, com **banca remota**, presidente da banca e candidato juntos; (X) item 3, totalmente remota, com gravação. A Dissertação foi apresentado à Comissão de Avaliação composta pelos Doutores: **ALICIA REGINA NAVARRO DIAS DE SOUZA** (Presidente); (Vice-Presidente); **ANTONIO DE PADUA PITHON CYRINO** (1º Avaliador), **CESAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO** (2º Avaliador), **MARIA INÊS GANDOLFO CONCEIÇÃO** (1º Suplente); **ANDREZA PEREIRA RODRIGUES** (2º Suplente) em sessão REMOTA, () PARCIAL (X) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. O(A) candidato(a) expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção
(X) **APROVADO** () **APROVADO COM EXIGÊNCIAS E/OU RECOMENDAÇÕES A SEREM CUMPRIDAS NO PRAZO DE 60 DIAS** () **NÃO APROVADO** à defesa final de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer: **A aluna apresentou a dissertação com louvor.**

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Documento assinado digitalmente
gov.br ALICIA REGINA NAVARRO DIAS DE SOUZA
Data: 07/07/2024 13:49:59-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Presidente/Orientador(a):
ALICIA REGINA NAVARRO DIAS DE SOUZA

Documento assinado digitalmente
gov.br ANTONIO DE PADUA PITHON CYRINO
Data: 05/07/2024 16:45:01-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

1º Examinador(a):
ANTONIO DE PADUA PITHON CYRINO

Documento assinado digitalmente
gov.br CESAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO
Data: 07/07/2024 19:38:22-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

2º Examinador(a):
CESAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO

Documento assinado digitalmente
gov.br RAYSSA ABREU BORGES
Data: 05/07/2024 19:28:12-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Mestrando(a)/Examinado(a):
RAYSSA ABREU BORGES

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA INÊS GANDOLFO CONCEIÇÃO
Data: 07/07/2024 15:08:48-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

1º Suplente(a):
MARIA INÊS GANDOLFO CONCEIÇÃO

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDREZA PEREIRA RODRIGUES
Data: 07/07/2024 18:48:18-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

2º Suplente(a):
ANDREZA PEREIRA RODRIGUES

HESFA - Endereço: Av. Presidente Vargas, n. 2863, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20210-030
Telefones: (21) 3938 4403 / 3938 4407 / 3938 4436.

RESUMO

BORGES, Rayssa Abreu. **Pandemia Covid-19 e a produção de narrativas por profissionais da atenção primária à saúde da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – HESFA, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou a infecção pelo SARS-CoV-2 uma emergência global de saúde pública. A Pandemia covid-19 posteriormente se tornou a quinta mais mortal da História. Seu impacto foi sentido em todos os níveis de atenção à saúde, com particularidades na atenção primária. A presente pesquisa objetiva compreender, através das narrativas, a experiência de cuidado dos profissionais de saúde da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro implicados na assistência direta a covid-19. Trata-se de estudo qualitativo descritivo exploratório, cujos participantes foram médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde atuantes na atenção primária carioca que foram recrutados pelo método bola de neve. As experiências dos profissionais de saúde que tiveram ou não covid-19 foram narradas através de entrevista semiestruturada individual, gravadas em vídeo, em plataforma de *streaming*. Foi usado o conceito de saturação para determinar o número final de entrevistas e análise temática para construção dos temas. Foram realizadas 27 entrevistas, sendo 9 de cada categoria profissional, com distribuição por gênero de 20 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, entre os anos de 2020 e 2024, sendo 7 profissionais da área programática (AP) 2.2, 6 profissionais da AP 4.0, 5 profissionais da AP 3.3 e da AP 2.1, 2 profissionais da AP 3.1 e 1 profissional das AP 1.0 e 5.1. Da análise temática emergiram sete temas e 17 subtemas, em que foi observada uma maior riqueza de experiências compartilhadas. Os relatos dos profissionais de saúde da APS do Rio de Janeiro revelam a complexidade e a gravidade dos desafios enfrentados durante a pandemia de covid-19. Desde a organização inicial para lidar com o desconhecido até a implementação de uma longa campanha de vacinação, os profissionais mostraram uma resiliência notável. Há necessidade imperativa de colocar a APS na agenda dos Estados, defendendo seu protagonismo, valorizando-a e fortalecendo o SUS.

Palavras-chave: Pandemia covid-19; Narrativa Pessoal; Profissionais de Saúde; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

BORGES, Rayssa Abreu. **Pandemia Covid-19 e a produção de narrativas por profissionais da atenção primária à saúde da cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – HESFA, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024

The World Health Organization declared, on January 30, 2020, SARS-CoV-2 infection a global public health emergency. The Covid-19 pandemic subsequently became the fifth deadliest in history. Its impact was felt at all levels of health care, with singularities in primary care. This research aims to understand, through narratives, the care experience of Primary Health Care professionals in the city of Rio de Janeiro involved in direct assistance to Covid-19. This is an exploratory descriptive qualitative study, whose participants were doctors, nurses and community health workers working in primary care in Rio, who were recruited using the snowball method. The experiences of healthcare professionals who had or did not have Covid-19 were narrated through individual semi-structured interviews, recorded on video on a streaming platform. The concept of saturation was used to determine the final number of interviews. Twenty seven interviews were carried out, 9 from each professional category, with gender distribution of 20 females and 7 males, between the years 2020 and 2024. Seven professionals from the programmatic area (AP) 2.2, 6 professionals from AP 4.0, 5 professionals from AP 3.3 and AP 2.1, 2 professionals from AP 3.1 and 1 professional from AP 1.0 and 5.1. Seven themes and 17 subthemes emerged from the thematic analysis, in which a greater wealth of shared experiences was observed. The reports of Primary Health Care professionals in Rio de Janeiro reveal the complexity and severity of the challenges faced during the covid-19 pandemic. From the initial organization to deal with the unknown, to the implementation of a long vaccination campaign, professionals have shown remarkable resilience. There is an imperative need to place Primary Health Care on the States' agenda, defending its protagonism, valuing it and strengthening the country's Universal Health Care System (SUS).

Keywords: Covid-19 Pandemics; Personal Narrative; Health Care Professionals; Primary Health Care

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida, por me guiar pelos Seus caminhos e conceder entendimento. Sem Ele nada é possível. Se até aqui consegui chegar, foi pela força dEle.

Agradeços aos meus pais, Regina e Ronaldo, que nunca mediram esforços em nome da educação minha e de meu irmão; pelo apoio incondicional, pelo exemplo de seres humanos honestos, trabalhadores e justos. Por serem rocha firme sempre que precisei. Em especial ao meu pai, exemplo prático de Medicina como sacerdócio.

Ao meu irmão pela parceria e por ter papel tão importante frente às mudanças que a vida impôs a nossa família.

Ao Daniel, pelo carinho, cuidado, paciência e amor nessa trajetória dos últimos 4 anos.

A minha orientadora professora Alicia Navarro, por todo o apoio, compreensão e orientação; obrigada por não ter desistido da nossa caminhada.

Aos meus amigos da preceptoria da Odalea que compartilham comigo os amores e dissabores do trabalho na APS do Rio de Janeiro somado aos grandes desafios do ensino de adultos nessa batalha pela formação de novos especialistas em MFC. A Pandemia teria sido muito mais difícil sem vocês.

Aos nossos residentes que me inspiraram a buscar novas formas de estudo e seguir minha trajetória profissional com o mestrado.

A minha querida equipe Esperança, por terem me recebido e acolhido tão bem e estarem lado a lado comigo desde 2020, com todos os altos e baixos que uma equipe de estratégia de saúde da família durante e após pandemia pode viver.

A toda a equipe da CF Odalea Firmo Dutra, onde vivi os momentos mais desafiadores enquanto MFC. Trabalhamos intensamente e resistimos!

A todos os profissionais que já trabalharam comigo na APS nesses 8 anos e cruzaram meu caminho no SUS; a todos que aceitaram compartilhar suas histórias durante essa pesquisa. Cada um faz parte da construção da profissional e pessoa que sou. Sigamos firmes na luta por uma saúde pública, gratuita, universal e de qualidade!

Obrigada!

Viva o SUS!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – História natural da doença covid-19

Figura 2 – Impacto no trabalho nas unidades de saúde familiar no enfrentamento da pandemia de covid-19 até dezembro 2021, em Portugal.

Figura 3 – Linha do tempo de acontecimentos sobre a pandemia de covid-19 no Brasil nas semanas epidemiológicas de 1 a 26, 2020.

Figura 4 – Modelo de reorganização das ações da APS no contexto da pandemia de covid-19.

Figura 5 – Mapa das áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro segundo distribuição por bairros.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores relacionados ao impacto da Pandemia covid-19 nos profissionais de saúde.

Quadro 2 – Resumo dos achados do estudo realizado em New England.

Quadro 3 – Dados das APs do Rio de Janeiro

Quadro 4 – Fases da análise temática

Quadro 5 – Características sociodemográficas até o momento da realização da entrevista por categoria profissional e distribuição por ano de realização das entrevistas.

Quadro 6 – Lista de temas final após conclusão da análise temática

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

APS	Atenção Primária  Saúde
ACS	agente comunitário de saúde
CF	clínica da família
CSE	centro de saúde escola
CMS	centro municipal de saúde
CnaR	consultório na rua
DI	DIPEX International
DCNT	doenças crônicas não transmissíveis
EPI	equipamento de proteção individual
ESF	estratégia de saúde da família
HERG	Health Experiences Research Group
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	organizações não governamentais
OSS	organizações sociais de saúde
PNAB	Plano Nacional de Atenção Básica
MRJ	Município do Rio de Janeiro
RioSaúde	Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro
SRAG	síndrome respiratória aguda grave
SUS	Sistema nico de Saúde
SMS RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

APRESENTAÇÃO

Mulher, cis, branca, filha de migrantes capixaba e mineiro, nascida na Glória, no Rio de Janeiro. Graduada em Medicina pela Unirio e especializada em Medicina de Família e Comunidade pela SMS RJ com área de atuação em Administração em Saúde pela UERJ, hoje preceptora do Programa de Residência Médica de MFC da UERJ e Responsável Técnica Médica de uma clínica da família na área programática 2.2, realizei toda a minha formação profissional em unidades do Sistema Único de Saúde. Durante os três anos de especialização médica em unidades da atenção primária à saúde da cidade do Rio de Janeiro, vivenciei sucessivas greves e o desmonte da rede de atenção básica da capital fluminense, com demissões em massa e sucateamento da estrutura física. Atuante desde o primeiro dia da declaração da pandemia pela covid-19 em uma clínica da família carioca, vivi de perto todas as fases pelas quais o sistema de saúde e seus profissionais passaram: da incerteza e ausência de protocolos até a chegada da vacinação. Momentos sem direcionamento pelos níveis superiores, fragilidade nos equipamentos de proteção individual, ausência de protocolos com evidências científicas robustas sobre o manejo e como organizar as múltiplas frentes de trabalho de uma CF no contexto pandêmico. Foi necessário comprarmos insumos com recursos próprios da equipe médica (máscaras N95, máscaras cirúrgicas, capotes improvisados, oxímetros, cânulas de oxigênio e máscaras de reinalação). O medo foi sentimento constante desde o trajeto de casa ao trabalho, durante a jornada de atendimento até a chegada em casa com familiar considerado grupo de alto risco. Fui e fomos vítimas de incontáveis situações de violência verbal por parte de pacientes que creditavam a não prescrição de determinados medicamentos ao posicionamento político e não ao científico. Fui e fomos vítimas de assédio moral por usuários que queriam se valer de seus cargos ou de suas redes sociais para furar fila para testes diagnósticos e vacinas. O capítulo da vacinação durante a pandemia rendeu multiplicidade de sentimentos, oscilando da extrema alegria em receber o imunizante ao sofrimento psíquico pelos constantes ataques durante a triagem em determinada fase da campanha. E àqueles que deduzem que lugar de médico não é no ponto de vacinação, foram alguns meses como vacinadora fixa lado a lado com a equipe de enfermagem, vivendo toda a pressão por seguir milimetricamente os protocolos vigentes e a exposição a todas as tentativas de registro por foto ou vídeo. Todos esses momentos despertaram infinitos

sentimentos nos profissionais de saúde e merecem seu devido registro (ao menos) pela importância histórica. Escrevo esse trabalho por mim e por todos os milhares de profissionais da atenção primária carioca que estiveram na linha de frente desde 2020, que abdicaram de si em prol da saúde de seus territórios. Nessa jornada, infelizmente muitos faleceram em decorrência da covid-19, perderam familiares, amores e amigos, ou tiveram sua saúde física e/ou mental comprometida. Através das narrativas, daremos voz a esses profissionais com o registro da realidade experienciada por esses sujeitos. Como absoluta certeza: ninguém passou pela Pandemia Covid-19 ileso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	17
2.1 NARRATIVAS EM SAÚDE	17
2.2 COVID-19	22
2.2.1 Da epidemiologia às vacinas	22
2.2.1.1 <i>Transmissão</i>	23
2.2.1.2 <i>Formas clínicas</i>	24
2.2.1.3 <i>Diagnóstico</i>	25
2.2.1.4 <i>Abordagem terapêutica</i>	26
2.2.1.5 <i>As vacinas</i>	28
2.2.1.6 <i>A pandemia acabou?</i>	29
2.2.2 Aspectos psicossociais da Pandemia	29
2.2.3 A Pandemia no Brasil	37
2.2.4 A APS brasileira no enfrentamento da covid-19	38
2.2.4.1 <i>Os agentes comunitários de saúde</i>	43
2.2.4.2 <i>A enfermagem da Saúde da Família</i>	46
2.2.4.3 <i>Os médicos de família e comunidade</i>	47
2.2.4.4 <i>O caso do Município do Rio de Janeiro</i>	48
3 OBJETIVOS	54
3.1 OBJETIVO GERAL	54
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
4 MÉTODO	55
4.1 TIPO DE ESTUDO	55
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	55
4.3 PARTICIPANTES.....	55
4.4 PRODUÇÃO DOS DADOS	56
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	56
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES	59
5.2 ANÁLISE TEMÁTICA DAS NARRATIVAS.....	62
5.2.1 Vivendo o início da Pandemia	63
5.2.2 Ondas de covid	66
5.2.2.1 <i>Primeira onda (fevereiro/2020 a julho/2020)</i>	69

5.2.2.2 Segunda onda (novembro/2020 a abril/2021)	72
5.2.2.3 Terceira onda (dezembro/2021 a maio/2022).....	75
5.2.2.4 Entre as ondas	78
5.2.3 Os processos de trabalho da APS na Pandemia	81
5.2.3.1 EPI insuficiente/suficiente.....	84
5.2.3.2 Covid grave	89
5.2.3.3 Casos de covid não grave e casos de não covid (“porta aberta - porta fechada”)	93
5.2.3.4 Covid longa ou Síndrome pós-covid.....	105
5.2.3.5 Protocolos, prescrições e demandas por medicamentos	107
5.2.3.6 Consultório na rua (CnaR).....	113
5.2.3.7 Ensino e atividades acadêmicas	115
5.2.3.8 Presença de diferentes classes sociais no SUS.....	118
5.2.3.9 Sobrecarga de trabalho	122
5.2.3.10 Ressignificando a prática profissional individual/coletiva.....	127
5.2.4 Efeitos da pandemia no território.....	134
5.2.5 Contexto/implicações políticas/fake news	140
5.2.6 Testagem	144
5.2.7 Vacinação	149
5.2.7.1 Escolhendo a vacina (sommelier de vacinas).....	157
5.2.7.2 Desconfiança das vacinas	161
5.2.7.3 Conflitos na vacinação (inclui resistência).....	165
REFERÊNCIAS.....	174
ANEXO A	188
ANEXO B	194
ANEXO C	0
ANEXO D.....	2

1 INTRODUÇÃO

O avanço do conhecimento e a complexidade do cuidado em saúde têm levado a uma valorização maior da contribuição e participação do paciente, sendo relevante para se alcançar aceitabilidade, adesão e cumprimento de medidas de prevenção e tratamento das diversas condições em saúde. A dimensão da incerteza associada ao rápido desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, e a mudança epidemiológica com o surgimento de novas doenças, como é a covid-19, são fatores que implicam o paciente no cuidado à saúde, quer no compartilhamento das decisões quer no autocuidado. Nesse sentido, abordagens efetivas e viáveis, que incluam estratégias para melhorar o conhecimento público, conscientização e confiança nas medidas de prevenção e controle da covid-19 e outras síndromes respiratórias agudas graves foram fundamentais durante a pandemia.

A experiência do profissional que cuidou de paciente com a covid-19, a vivência do paciente que adoeceu e a dos familiares que tiveram alguém de sua família com a covid-19 podem trazer lições para o enfrentamento de uma crise sanitária da magnitude da que foi vivida. Além disso, o processo de perda e luto na covid-19, tanto para o profissional de saúde quanto para o familiar do paciente, são experiências que adquirem diferentes nuances as quais precisam ser cientificamente abordadas pelos caminhos da investigação qualitativa. Estas pessoas precisam ter um espaço de escuta de suas vozes em benefício de sua saúde mental e alívio do sofrimento psíquico, tanto de si mesmo como também de outras pessoas que fazem parte do viver uma pandemia no século XXI. Segundo levantamento feito por Navarro de Souza, desde a década de 1980, periódicos médicos renomados, como *The Journal of the American Medical Association* e *Annals of Internal Medicine* iniciaram a publicação de narrativas de médicos (1). No século XXI, ampliam-se as esferas dos espaços públicos em função da capilaridade da *internet* e suas redes sociais. Atualmente, é possível encontrar uma extensa coletânea de narrativas, registradas em vídeo, áudio ou texto, fruto de pesquisas, disponíveis ao público através de *websites* da rede DIPEx International (DI), cujo endereço é <https://dipexinternational.org/>. Os *websites* permitem livre acesso a todo seu conteúdo e têm sido amplamente utilizados por pacientes, familiares, profissionais de saúde em formação, bem como professores e pesquisadores voltados para melhorias na

assistência à saúde, o que favorece a sensibilização sobre a condição de saúde ao conferir voz aos implicados.

Este projeto é um dos frutos da cooperação coordenada pela UFRJ com cinco universidades brasileiras (UERJ, USP, UNESP, UFBA e UNB) e a DIPEX International. Em março de 2019, os pesquisadores da DIPEX Brasil realizaram treinamento no método desenvolvido pelo Health Experiences Research Group (HERG), que é utilizado em todos os países membros da rede DI, condição necessária para a realização da pesquisa por pesquisadores que integram esta rede. O Brasil obteve a acreditação como país-membro da DI em 2019, e o lançamento do *website* foi possível em março de 2020 (<https://dipexinternational.org/brazil/>). Em 2020, foi produzido o projeto para investigação da experiência de pacientes, familiares e profissionais brasileiros com a covid-19, através do método do HERG, por vários dos pesquisadores que integram a DIPEX Brasil, cujos resultados estão sendo publicados no *website* “Saúde e Cuidado: Compartilhando Histórias” (<http://www.narrativasesaude.ccs.ufrj.br>), para que seja útil à população em geral, a estudantes e profissionais de saúde.

O método desenvolvido pelo HERG dispõe que, para cada projeto sobre um determinado tema ou condição de saúde, sejam realizadas entrevistas narrativas presenciais ou *online*, semiestruturadas, gravadas em áudio e vídeo, com um grupo de pessoas com as mais diversas características sociodemográficas possíveis. Os indivíduos são recrutados através de profissionais de saúde, redes sociais entre outras fontes. Os participantes são selecionados de acordo com a “amostragem de variação máxima”, para garantir que uma ampla gama de experiências e pontos de vista sejam capturados. As entrevistas normalmente acontecem nas casas ou locais de trabalho dos participantes, em um horário conveniente para eles. Além de poder escolher se deseja gravar a entrevista em vídeo, áudio ou apenas texto, os participantes têm a opção de usar um pseudônimo para proteger suas identidades. As entrevistas duram em média 60 minutos. Para a análise, todas as entrevistas são transcritas e as transcrições são devolvidas aos participantes para revisão. Após a remoção de qualquer conteúdo solicitado, as transcrições são colocadas em um *software* de gerenciamento de dados qualitativos. Os dados são organizados e analisados utilizando o método comparativo constante e são explorados posteriormente em busca de pontos de vista divergentes, para verificar a robustez dos

temas em desenvolvimento (2).

A pesquisa que deu origem à presente dissertação teve como foco as narrativas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade do Rio de Janeiro, nomeadamente os médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde que atuaram na linha de frente durante a Pandemia covid-19, compondo assim parte do Projeto Narrare covid-19 da DIPEX Brasil.

Nos próximos capítulos, essa dissertação pretende contextualizar as narrativas em saúde, a Pandemia covid-19 no Brasil, especialmente na capital fluminense, dando destaque às particularidades vividas pelos profissionais da APS carioca. Serão apresentados os resultados obtidos após a análise temática de conteúdo das entrevistas realizadas explorando os temas que emergiram.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 NARRATIVAS EM SAÚDE

Antes da exploração das ideias identificadas nos resultados desta pesquisa, cabe espaço para reflexão sobre as narrativas em saúde e seus fundamentos teóricos. Os dilemas e impasses aqui apresentados não seriam contemplados com abordagens metodológicas tradicionais.

Segundo o Dicionário Michaelis, a palavra “narrativa” é um substantivo feminino cujo significado é “o relato de um acontecimento ou fenômeno” (3). É considerada forma de demonstração e de criação de sentidos sobre acontecimentos reais ou imaginários, estando presente na vida em sociedade, independente de história e contexto. É, portanto, o elo entre explicação e compreensão, entre a experiência viva e o discurso (4).

Narrativas são consideradas instrumentos de socialização, as quais possuem capacidade de comunicar vivências individuais, publicando-as e tornando-as socialmente conhecidas (5). E, para que haja narrativa, são necessários pelo menos dois indivíduos: narrador e ouvinte, ou, como os gramáticos preferem, locutor e interlocutor. O encontro e o diálogo entre eles são permeados de memórias e experiências e resultam em afetos e subjetividades, caracterizando-se como um dispositivo de produção discursiva. Discurso não é somente a manifestação concreta da língua, mas também envolve os efeitos produzidos nos indivíduos. Assim, é fruto do ato de narrar (5).

História e discurso são os dois elementos que compõem a narrativa. O primeiro porque se refere a acontecimentos, experiências, vivências e personagens da vida real evocados pela memória. E o segundo pois há um narrador que conta a história e, diante dele, um ouvinte. O mais significativo é o modo pelo qual o locutor dá conhecimento ao seu interlocutor, o que envolve as subjetividades e as relações de poder-saber presentes no encontro, e não o conteúdo (5).

No cenário da prática médica, vários autores discutem a importância de incorporar as narrativas pessoais dos pacientes no exercício da Medicina. Charon (2004) é criadora do termo *Narrative Medicine*, usado no Brasil como “Medicina

Narrativa”, cuja definição é de “prática médica voltada para competências narrativas que buscam reconhecer as histórias das doenças, absorvê-las, interpretá-las e ser tocadas por elas”. A autora argumenta que a compreensão da história de um paciente pode revelar conexões entre os seus sintomas e os seus desafios pessoais, permitindo uma percepção integral da pessoa adoecida. Essa perspectiva permite aos médicos compreender melhor as complexidades do processo de adoecimento, e, dessa forma, desenvolver os seus papéis de forma mais adequada em relação aos pacientes, tanto na dimensão técnica como relacional. O uso das narrativas na Medicina teria como um dos objetivos a valorização das experiências dos pacientes e enriquecimento da prática dos médicos que os tratam. Assim, são ferramentas que apoiam a elaboração de planos individualizados de cuidado (6).

A despeito da notória importância das narrativas em saúde, a educação médica evoluiu com maior destaque à protocolos estruturados. As habilidades de ouvir, apreciar e interpretar histórias dos pacientes foram, por muito tempo, pouco defendidas como fundamentais nos currículos médicos, o que pode ser compreendido como uma redução—do papel das habilidades narrativas e interpretativas em ambientes clínicos. De um lado, a abordagem estruturada e científica, caracterizada pela ênfase em históricos médicos padronizados e no atendimento clínico; do outro, a abordagem mais interpretativa e empática que considera as histórias e experiências dos pacientes (7). Apesar de, em muitas sociedades não-ocidentais, as tradições orais continuarem a ter um impacto significativo na experiência de saúde e doença, essas narrativas de pacientes já foram uma parte mais central da prática médica, ainda há um foco em aspectos científicos e mensuráveis da medicina no Ocidente. Como resultado, durante a sua formação, os estudantes de Medicina deixam de apreciar as histórias dos pacientes em favor da construção de histórias médicas padronizadas (7). Greenhalgh e Hurwitz (1999) defendem que é extremamente importante que as competências narrativas e interpretativas sejam preservadas e incentivadas, uma vez que são potentes ferramentas para o preenchimento da lacuna entre os mundos dos pacientes e dos profissionais de saúde (7). A partir dos anos 2000, observa-se um movimento de valorização do olhar para o sujeito e suas necessidades através do desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, preconizados, no Brasil, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde.

No campo das narrativas de adoecimento, Michael Bury (2001) discute a importância das narrativas na compreensão do processo de adoecimento, particularmente relacionado a quadros crônicos, e o seu impacto na vida dos indivíduos. Este autor categoriza as narrativas de adoecimento em três tipos (8):

- Narrativas contingentes: essas narrativas tratam de crenças sobre as origens das doenças, as causas de um episódio de doença e os efeitos imediatos da doença na vida cotidiana.
- Narrativas morais: essas narrativas envolvem relatos de como a doença de uma pessoa modifica sua relação com sua identidade social e podem ajudar a estabelecer a posição moral do indivíduo ou a manter distância social
- Narrativas centrais: essas narrativas conectam as experiências de um indivíduo com significados culturais mais profundos ligados ao sofrimento e à doença, com subtipos que incluem formas heróicas, trágicas, irônicas, cômicas e regressivas/progressivas.

Bury (2001) enfatiza que as narrativas de adoecimento são complexas, servindo funções sociais e psicológicas. Elas representam um desafio considerável para a análise sociológica e, portanto, as afirmações sobre a análise narrativa na medicina devem ser abordadas com cautela. A exploração das narrativas de adoecimento pode lançar luz sobre as experiências e os significados do estar doente, bem como revelar questões mais amplas culturais e relacionadas com a identidade dos indivíduos (8).

Favoreto e Camargo (2011) oferecem uma análise aprofundada de como a narrativa pode ser um aspecto valioso da prática clínica em saúde. Os autores defendem a importância da narrativa na melhoria da compreensão e interpretação das diversas experiências dos pacientes encontradas durante as interações clínicas (9). As narrativas na prática clínica podem preencher a lacuna entre pacientes e profissionais de saúde, promovendo uma forma de cuidado mais integral. Esta abordagem vai além do foco estreito do reducionismo biomédico e incorpora as realidades sociais, culturais e individuais do paciente nos cuidados de saúde. Os autores sugerem que, ao utilizar a narrativa, os profissionais de saúde podem construir relações mais fortes com os pacientes, baseadas no diálogo aberto e numa melhor compreensão (9). Os autores enfatizam que a racionalidade humana está

inerentemente ligada às estruturas narrativas, que moldam a nossa compreensão do mundo e o nosso lugar nele. Quanto aos seus significados, as narrativas ajudam os indivíduos a construir e interpretar as suas experiências, proporcionando um meio de expressar identidade e modelar o mundo que nos rodeia (9). Além disso, destacam a perspectiva de Mikhail Bakhtin sobre o papel central da linguagem e da enunciação nas narrativas, segundo a qual as palavras e seu uso são uma forma fundamental de expressar o mundo interno e desenvolver significados mutuamente entre os indivíduos e dentro das sociedades (9). Importante destacar que a comunicação não verbal também faz parte da construção das narrativas.

No contexto da APS, ainda neste artigo, Favoreto e Camargo associam o desenvolvimento e a utilização de uma abordagem narrativa à evolução de modelos de cuidados, como a Medicina de Família e Comunidade ou o Programa Saúde da Família. Propõem que estes modelos são teoricamente adequados para honrar os elementos sociais e culturais da saúde e da doença, permitindo assim um ambiente onde uma prática clínica baseada no diálogo e nas interpretações possa prosperar. Através da narrativa, as experiências subjetivas do paciente podem tornar-se centrais para uma abordagem colaborativa e atenciosa na prestação de cuidados de saúde (9). Em última análise, os autores apresentam um forte argumento para incorporar a narrativa na prática clínica, não apenas como uma ideia conceitual, mas como uma ferramenta para enriquecer as interações entre profissionais de saúde e pacientes, melhorando assim a qualidade geral e a abrangência dos cuidados (9).

No que tange a Saúde Coletiva, sendo de extremo interesse a esta, as narrativas podem assumir *status* científico no âmbito da pesquisa acadêmica e *status* tecnológico no cuidado em saúde, possibilitando investigar e interpretar um vasto conjunto de temas. Sobressaem as questões que afetam a saúde dos sujeitos no âmbito individual ou coletivo e que podem ser lembradas e narradas, produzindo subjetividades, conhecimentos e possibilidades terapêuticas (5).

As narrativas não são imparciais em sua elaboração visto que língua e linguagem são elementos dinâmicos com inúmeras possibilidades para a produção de sentidos e resignificação da experiência do processo saúde-doença (5, 10).

São incontáveis os fenômenos sociais no Brasil cuja compreensão pode ser dada de forma melhor a partir das narrativas assim como a construção de saberes e de práticas assistenciais. A epidemia de HIV/AIDS, a tuberculose endêmica, os casos

de violência e a própria pandemia pela covid-19 são alguns dos problemas em que as narrativas das experiências pelos sujeitos afetados, seja direta ou indiretamente, alicerçam a produção de conhecimento e do cuidado integral em saúde principalmente no SUS (5).

Na saúde, o emprego das narrativas em pesquisa se dá principalmente nas investigações que se referem à compreensão do processo saúde-doença, à história de vida ou experiências relacionadas ao trabalho dos profissionais de saúde e às pesquisas avaliativas em programas de saúde coletiva (11). Constituem uma estratégia para refletir e intervir a partir de diferentes saberes, contextos, desejos e necessidades presentes no ato de cuidar e pesquisar. Elas conservam a habilidade de reconhecer transformações, continuidades, hegemonias e rupturas sociais, nomeando os limites impostos por alguns estilos de pensamentos, e de buscar a integralidade no cuidado e na formação em saúde de modo mais vasto (5).

É fundamental aprofundar o conhecimento a respeito dos cenários estudados através das dimensões cultural, individual e subjetiva suscitadas pelas narrativas decorrentes da realidade social, sobretudo reveladoras da forma como se organiza e vivencia o processo saúde-doença. Portanto, é uma ferramenta de extremo valor ao cuidado integral e à pesquisa científica uma vez que sistematiza a realidade vivenciada pelos sujeitos, sejam eles usuários, profissionais da saúde ou pesquisadores. Demonstram aspectos importantes da experiência vivida, privilegiando a relação, o diálogo, o encontro e o afeto, em que a subjetividade produzida contribui para a construção social, intersubjetivamente moldada pela memória e pelo discurso (5).

Trata-se de estratégia metodológico-conceitual para investigar e interpretar incontáveis temas, assim como ser espaço de mediação entre as experiências dos sujeitos, seus diferentes contextos e os discursos que produzem e que os produzem. Seu uso pode ir além, englobando a relação entre pesquisadores e pesquisados (10), posto que concilia de forma recíproca a interferência dos níveis interpretativos das narrativas dos pesquisados e do estilo e contexto narrativo dos pesquisadores (12).

Importante destacar a relevância das narrativas em saúde também como estratégia política:

Ao evidenciar as relações de poder entre os atores das práticas de saúde, narrativas e narradores constituem-se como forma de

resistência a diferentes manifestações de violências que permeiam sociedades capitalistas, racistas e patriarcais, pois as narrativas também podem expressar as contradições e invisibilidades dos indivíduos dentro das políticas de saúde (5,10).

Ao dar voz aos indivíduos que são sujeitos das intervenções e que comumente são invisibilizados por outros métodos teóricos, as narrativas surgem como alternativas para a geração de conhecimento (4). Dessa forma, atua conciliando o contexto de vida das pessoas à reconstrução de suas realidades e identidades. Tal ação pode estimular reflexões e críticas aos contextos nos quais os sujeitos das pesquisas estão inseridos.

Na dimensão tecnológica, as tecnologias do cuidado em saúde correspondem a tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas. De acordo com Merhy (2002), as tecnologias podem ser classificadas em leves, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica) e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais. Assim, as narrativas em saúde possuem status tecnológico, dentre outras justificativas, ao promoverem melhores condições para os profissionais desempenharem suas tarefas (13).

2.2 COVID-19

2.2.1 Da epidemiologia às vacinas

Em dezembro de 2019, houve cinco pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, China. Os pacientes foram internados com pneumonia, vários demandando ventilação mecânica invasiva, sem definição etiológica (14). O número de casos rapidamente cresceu na China e casos isolados começaram a ser detectados em outros países, determinando a adoção de medidas de isolamento social por parte das autoridades sanitárias chinesas ainda em janeiro de 2020. Também foi muito rápida a identificação do agente etiológico, um coronavírus, cujo genoma foi sequenciado (15) e mostrou ter alto grau de homologia com o agente causal da SRAG associada ao coronavírus descrita na China em 2003. O vírus foi, então, descrito como SARS-CoV-2 e a síndrome clínica a

ele associada foi denominada covid-19 (14, 15).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou a infecção pelo SARS-CoV-2 uma emergência global de saúde pública. Os dados divulgados pela OMS em 3 de março de 2024 contabilizavam 774.834.237 casos confirmados de covid-19 em mais de 231 países e territórios, incluindo 7.037.007 óbitos, com uma taxa de mortalidade superior à da infecção por vírus influenza. Tal fato tornou a Pandemia covid-19 a quinta mais mortal da História (16, 17, 18).

No Brasil, dados epidemiológicos consolidados pela OMS em 28 de março de 2024 descreveram 38.729.836 de casos confirmados e 711.249 óbitos. O país chegou a estar em terceiro lugar no *ranking* mundial em relação aos casos confirmados e em segundo quanto aos óbitos (19). Na mesma data, pelo Ministério da Saúde, a taxa de letalidade era de 1,8/100 mil habitantes, e a taxa de mortalidade de 338,5/100 mil habitantes (20). Na cidade do Rio de Janeiro, foram 1.405.368 casos acumulados até 23 de março de 2024 e 38.576 óbitos (21, 22).

É importante ressaltar que o número de casos e óbitos foi, provavelmente, bem maior, às custas de dificuldades para acesso aos testes diagnósticos e subnotificação principalmente nos primeiros seis meses da pandemia (23, 24). No Rio de Janeiro, dados de 7 de abril de 2024 revelam as seguintes características entre os casos confirmados: idade média de 48,2 anos, com distribuição por sexo de 67,2% feminino e 32,8% masculino e por raça/cor de 31,62% branca, 32,98% parda, 6,51% preta, 4,18% amarela e 24,68% ignorado (22).

2.2.1.1 Transmissão

Quanto à transmissão, sabe-se que ela ocorre predominantemente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias e, em menor grau, por aerossol e fômites. A transmissão por meio de gotículas ocorre quando uma pessoa permanece em contato (a menos de um metro de distância) com uma pessoa infectada quando ela tosse, espirra ou mantém contato direto, como, por exemplo, aperto de mãos, seguido do toque nos olhos, nariz ou boca (25). Esta característica faz com que a mobilidade da população tenha um grande impacto na velocidade e intensidade de propagação da pandemia. A via respiratória reforça a necessidade do uso de equipamentos de proteção individual, principalmente em unidades de saúde (26). O distanciamento social e a higiene respiratória são as estratégias mais fortemente orientadas para prevenção da covid-19, e a APS é o nível de assistência que possui maior potencial

de bloqueio da transmissão viral na comunidade e de minimizar os riscos à população (27).

A capacidade do SARS-CoV-2 de sofrer mutações levou ao surgimento de numerosas variantes, algumas das quais apresentam maior transmissibilidade ou potencialmente maior gravidade de doença. As variantes são nomeadas de acordo com o sistema de letras gregas estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), incluindo variantes como Alpha, Beta, Gamma e Delta e Ômicron. A principal variante circulante em 2024 é a JN-1.

2.2.1.2 Formas clínicas

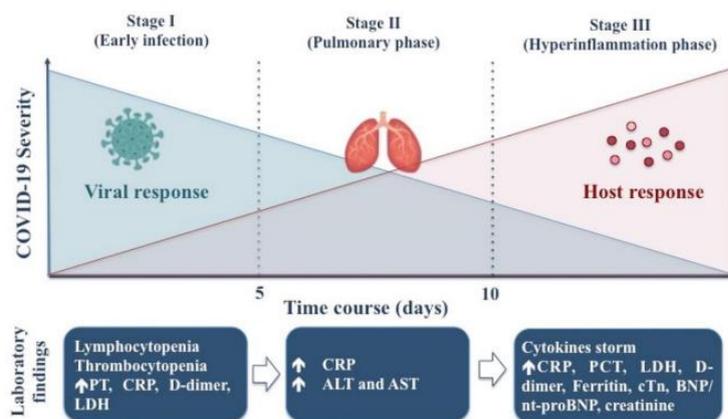
A infecção pelo SARS-CoV-2 pode ser assintomática. Nos casos sintomáticos, a apresentação clínica varia de formas leves a quadros graves e fatais. Os sintomas incluem: febre, cefaleia, dor de garganta, tosse seca, mialgia, coriza e fadiga, configurando uma síndrome gripal. Neste grupo, é relevante o diagnóstico diferencial com outros agentes infecciosos, particularmente influenza e vírus sincicial respiratório. Dentro da definição de caso, ageusia e anosmia também são considerados (26). Alguns pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 podem apresentar acometimento pulmonar mais extenso, que se manifesta particularmente pelo surgimento de dispneia. Neste grupo de pacientes, se concentram os casos com evolução mais grave para SRAG e que necessitam de oxigenioterapia suplementar e, em alguns casos, ventilação mecânica, além de outros cuidados de terapia intensiva, com grande impacto no funcionamento do sistema de saúde, seja público ou privado (28).

Há uma série de complicações adicionais em decorrência da Covid-19, tais quais pneumonia, trombose, síndrome inflamatória multissistêmica e agravamento de condições médicas preexistentes. Além disso, alguns pacientes podem experimentar sintomas persistentes ou de longa duração, conhecidos como "Covid longa", que podem incluir fadiga, dificuldades cognitivas, dispneia, entre outros sintomas.

A covid-19 é uma doença trifásica, como pode ser ilustrado na Figura 1, que inclui as fases de infecção inicial, fase pulmonar e fase hiperimune, caracterizada por uma resposta hiperinflamatória que se inicia a partir do 10º dia do curso da doença e pode levar a lesões de órgãos-alvo (29). Outro ponto de destaque da fisiopatogenia da doença é a possibilidade de ocorrência de amplificação dependente de anticorpos. Resumidamente, é um fenômeno que ocorre quando os anticorpos pré-existentes,

além de não neutralizarem uma nova infecção pelo mesmo agente, facilitam a invasão viral gerando uma nova infecção com maior gravidade (30).

Figura 1 – História natural da doença covid-19



Fonte: Ciaccio *et al.*, 2020, p. 366 *apud*.

2.2.1.3 Diagnóstico

Desde a declaração de estado de pandemia pela OMS em 11 de março de 2020 (28), pode ser realizado o diagnóstico clínico-epidemiológico, baseado em dados clínicos compatíveis com covid-19, em pacientes com história epidemiológica compatível com exposição ao SARS-CoV-2. Laboratorialmente, há basicamente duas categorias de testes:

- Testes moleculares para detecção qualitativa ou quantitativa do RNA viral em amostra de fluidos de orofaringe/nasofaringe: PCR (considerado padrão-ouro) e os testes rápidos antígenos.
- Testes sorológicos para detecção de anticorpos específicos para o SARS-CoV-2 (ensaios imunoenzimáticos, testes imunocromatográficos). Os mais usados baseiam-se na detecção de IgG e IgM específicas, e podem ser usados fora de laboratórios especializados, conhecidos como “testes rápidos”. Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças norte-americano, estes não devem ser utilizados para identificação de infecção em curso.

A escolha do método laboratorial deve ser feita com base no início dos sintomas. Resumidamente, os testes moleculares são mais sensíveis na fase inicial da infecção, enquanto a sorologia passa a ter sensibilidade e especificidade aceitáveis

entre uma e três semanas, em média, após o início dos sintomas (31).

Vale ressaltar que apenas oito meses depois do primeiro caso confirmado no Rio de Janeiro, em 5 de março de 2020, a Secretaria Estadual de Saúde ampliou a disponibilidade para realização de testes moleculares, conforme deliberação publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, em 3 de novembro de 2020 (32). A partir dessa data, foi iniciada a testagem de forma ampla, seguindo protocolo de acordo com as definições de caso à época e tempo de início dos sintomas.

No município do Rio de Janeiro (MRJ), a população encontra, nas unidades da APS, os testes rápidos antígenos com sensibilidade acima de 90%, com possibilidade de resultado entre 15 a 20 minutos após coleta da amostra através de *swab* nasal.

2.2.1.4 Abordagem terapêutica

Sabe-se que o tratamento para síndrome gripal é baseado, na sua maior parte, no alívio dos sintomas, com amplo uso de analgésico e antitérmicos, além de soro fisiológico (principalmente para lavagem nasal) associado a medidas comportamentais como repouso, aumento da ingestão hídrica e alimentação saudável.

Entretanto, no cenário da Pandemia Covid-19 e de seu impacto para a população mundial, muitas opções terapêuticas com potenciais benefícios foram relatadas. Múltiplos fármacos com ação antiviral (remdesivir, favipiravir, ritonavir/lopinavir, darunavir, entre outros) e antimicrobianos (azitromicina) associados ou não a imunomoduladores (cloroquina ou hidroxicloroquina, anticorpos anti-IL6, corticosteroides) foram testados em vários países (33). A multiplicidade de estudos com reduzido número amostral e/ou acompanhamento de curta duração e as dificuldades de acesso aos fármacos com potencial efeito benéfico (seja por disponibilidade ou questões de natureza regulatória) transformaram a busca por um esquema terapêutico realmente eficaz para covid-19 em um dos temas mais confusos na história recente da Medicina.

Entre 2020 e 2021, alguns trabalhos identificaram potencial no uso dos corticosteroides, principalmente na SRAG, atribuindo significado de “esperança baseada em evidência” em meio a pandemia (. Tratava-se de um grupo de medicamentos de baixo custo, efetivo e já amplamente estudado. Alguns ensaios clínicos sinalizaram a redução da mortalidade com baixas doses de dexametasona ou cursos de dose fixa de hidrocortisona nos pacientes em estado grave, sem, entretanto,

evidências para as fases iniciais da infecção. Concomitante ao uso dessa classe de fármacos, surgiu a orientação da administração de antiparasitários, como profilaxia para estrogiloidíase disseminada, exemplificado pela ivermectina (34, 35, 36, 37, 38).

A despeito do avançar dos estudos, a abordagem terapêutica dos casos moderados a graves ainda consiste em um desafio, uma vez que muitos dos pacientes já se encontram em estágios avançados da doença, com ampla destruição tecidual e danos em órgãos-alvo, em que a resposta imune do indivíduo exerce um papel mais relevante do que a presença do vírus por si só (39). Em contrapartida, o tratamento indiscriminado de casos iniciais, em especial casos leves da doença, pode vir a causar riscos desnecessários, pois expõe os pacientes a medicamentos potencialmente tóxicos, além de representar desperdício de recursos financeiros e de comprometer a infraestrutura logística necessária para garantir o acesso a tratamentos que sejam realmente efetivos (40, 41).

Nos últimos anos, diferentes medicamentos foram estudados para tratamento de pacientes com covid-19 leve à moderada não hospitalizados, com o principal objetivo de evitar a progressão da doença, em especial, entre indivíduos que apresentam risco aumentado de complicações e menor resposta vacinal. Importante registrar o grande desafio que é a avaliação da eficácia de novos tratamentos, uma vez que os ensaios clínicos ainda são escassos.

Em 30 de março de 2022, foi aprovado pela ANVISA para uso emergencial, um medicamento antiviral administrado via oral, composto por comprimidos de nirmatrevir e ritonavir. Em 5 maio de 2022, a Conitec liberou o seu relatório de recomendação sobre o medicamento. O Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica n.º 266/2022 –CGAFME/DAF/SCTIE/MS de outubro de 2022, definiu os critérios para distribuição e dispensação do fármaco, publicando na sequência, o “Guia para uso do antiviral nirmatrelvir/ritonavir em pacientes com covid-19, não hospitalizados e de alto risco”, documento orientador aos profissionais de saúde. O antiviral é de aquisição centralizada pelo próprio Ministério da Saúde, cabendo à instituição a distribuição aos Estados, que posteriormente direcionaram aos municípios (40, 41).

Trata-se de medicamento com objetivo de reduzir os riscos de internações, as complicações e mortes pela Covid-19. As indicações para sua prescrição, no entanto, estão restritas a critérios bem estabelecidos, sendo estes: indivíduos imunossuprimidos com idade ≥ 18 anos ou pessoas com idade ≥ 65 anos desde que ambos os grupos tenham a infecção confirmada por teste rápido de antígeno ou por

teste de biologia molecular, estejam entre o 1º e o 5º dia de sintomas e apresentem quadro clínico leve ou moderado. Ou seja, são indicados para casos de covid-19 não grave, aqueles sem necessidade de oxigênio suplementar (40, 41).

Apesar de ser um tratamento promissor, a extensa lista de contraindicações e interações medicamentosas colaborou para a baixa dispensação do medicamento desde a sua incorporação.

2.2.1.5 As vacinas

Vacinar-se é um ato de proteção individual e coletiva. Em março de 2024, havia dez vacinas contra a covid-19 aprovadas pela OMS, para as quais foram emitidas recomendações de uso e que são produzidas pelos seguintes fabricantes: Pfizer/BioNTech, AstraZeneca/Oxford, Janssen, Moderna, Sinopharm, Sinovac, Bharat, Novavax, Casino e Valneva (42).

No Brasil, a 1ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 se iniciou em janeiro de 2021 e foi marcada por intensas disputas políticas. Estados e municípios mediram forças com o Governo Federal em nome das primeiras ações de vacinação. Na cidade do Rio de Janeiro, o início da campanha foi marcado para o feriado de 20 de janeiro de 2021, aproveitando o simbolismo do feriado pelo dia de São Sebastião, padroeiro da capital fluminense.

A campanha foi longa, marcada por inúmeras etapas e critérios de público-alvo, inicialmente escalonados por idade e posteriormente por comorbidades e categorias profissionais específicas. A busca mundial por imunizantes e a postura do Governo Federal, que de forma direta ou indireta incentivou o negacionismo e não apoiou abertamente a Campanha Nacional, repercutiu nos quantitativos de dose por laboratórios farmacêuticos insuficientes para atender a toda população. Assim, foram utilizados pelo menos quatro imunizantes distintos durante o processo de vacinação contra a Covid-19 – CoronaVac, Pfizer, Janssen e AstraZeneca –, cada uma com um esquema vacinal distinto. Nesse cenário, surgiu um perfil de usuário dos postos de vacinação, denominado “*sommelier* de vacina”, expressão designada para descrever as pessoas que escolhiam o imunizante a partir de informações não necessariamente de embasamento técnico-científico.

O aparecimento de novas variantes continua a desafiar a efetividade das vacinas. Estudo realizado na Inglaterra demonstrou que, apesar de serem eficazes contra a variante delta, a imunidade proporcionada pelas vacinas decaiu a cada mês

após a segunda dose (43). Além disso, diferentes estudos sugerem que a eficácia das vacinas varia de acordo com características individuais, em especial a idade. Um estudo brasileiro que avaliou cerca de 75 milhões de pessoas vacinadas com os principais imunizantes disponíveis no país (AstraZeneca e CoronaVac) mostrou que a efetividade das vacinas é inversamente proporcional à idade em indivíduos a partir de 60 anos. No caso da CoronaVac, a efetividade contra novas infecções, hospitalização ou morte reduz-se a cerca de 33% na faixa etária de 90 anos (44). Outro grupo para o qual existem evidências de menor proteção com a vacinação são os indivíduos com alto grau de imunossupressão por conta da redução da resposta imune.

2.2.1.6 A pandemia acabou?

O fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional foi declarado em 5 de maio de 2023 pela Organização Mundial da Saúde (45). Isso não significa que, epidemiologicamente, o *status* de pandemia acabou, uma que vez que mantém a característica de propagação mundial, mas que os países devem manejar em conjunto a outras doenças infectocontagiosas.

2.2.2 Aspectos psicossociais da Pandemia

Desde que a OMS declarou uma pandemia o surto da covid-19, de modo quase simultâneo à onda de contágio do vírus e do surgimento dos casos de doença e dos óbitos subsequentes, uma outra onda, de duração prolongada, se propagou, envolvendo a todos. Em uma situação de pandemia, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, assim como a população em geral, estão expostos não só ao contágio do vírus e às suas consequências para a saúde do corpo, como também ao contágio emocional produzido pelo medo, por incertezas, informações conflitantes, comportamentos de evitação e estigmatização, adoecimentos e perdas que a pandemia produz (46). Entramos no terreno dos aspectos psicossociais da pandemia e os múltiplos impactos na saúde mental de todos os envolvidos – impactos que certamente assumem diferentes formas e intensidades em alguns dos vários subgrupos em que pode ser subdividida a população: profissionais de saúde (em especial os que se encontram na linha de frente das ações de cuidado); portadores de doenças crônicas; portadores de transtornos mentais, graves ou comuns; sobreviventes da infecção; famílias enlutadas; idosos e crianças; pessoas que vivem sozinhas; pessoas em situação de rua; moradores de favelas e comunidades urbanas

etc. Enfim, ninguém está ao abrigo dos impactos psicossociais da pandemia.

Embora tenhamos vivido situações similares em anos anteriores – SARS (2003), H1N1 (2009), MERS (2012), Ebola (2014) –, ainda que de forma mais localizada e circunscrita, e, de algum modo, já fosse esperado que uma nova pandemia viral aparecesse nos próximos anos (46), a pandemia do covid-19 chegou pegando todos relativamente despreparados, produzindo impactos emocionais talvez só comparáveis, pela sua intensidade e alcance, aos da pandemia da gripe espanhola, há exatamente um século.

Nas circunstâncias vividas, inéditas para a grande maioria da população, em que se conjugaram práticas de isolamento (nos surtos anteriores entendido como isolamento do caso confirmado), quarentena (nos surtos anteriores entendido como aplicável aos contactantes e possíveis infectados) e cordão sanitário (46), não é de se admirar que tenha ocorrido um aumento de quadros novos de ansiedade, depressão, de estresse agudo (podendo chegar a estresse pós-traumático), quadros de somatização, uso nocivo de álcool e outras substâncias psicoativas – não necessariamente preenchendo critérios para o diagnóstico de transtornos mentais categorizados, mas certamente gerando altos graus de sofrimento – tanto na população em geral quanto entre os profissionais que se encontraram na linha de frente do enfrentamento da pandemia. Estes sintomas mentais e comportamentais podem perdurar por meses ou mesmo anos após a superação do período crítico e suspensão das medidas de distanciamento social (46, 47).

Um grupo de grande importância a ser examinado é o dos profissionais de saúde, que atuaram na linha de frente em todos os níveis de atenção – atenção básica, serviços de emergência, unidades de internação e de terapia intensiva. A situação da pandemia produziu, de saída, uma necessidade de reordenamento dos fluxos assistenciais, que foram constantemente revistos, impondo novas modificações antes mesmo que os profissionais pudessem se familiarizar com as ordenações anteriores. Vale dizer que a crise imposta pela pandemia do covid-19 se sobrepôs a um cenário que já era bastante crítico, marcado por dificuldades não apenas na qualidade, mas também na manutenção da assistência. Mesmo em contextos favoráveis, mudanças de fluxo assistenciais costumam gerar conflitos e sofrimento, pois exigem transformações não apenas de rotinas, mas também de concepções, posicionamentos e lugares sociais, incluindo longas jornadas, aumento do número de pacientes e ter que manter-se sempre atualizado com melhores práticas e

informações sobre desenvolvimento da situação. A falta de recursos humanos, acentuada pelos afastamentos dos colegas em grupos de risco, e a falta de medicamentos específicos gerou sobrecarga do volume de trabalho e ansiedade quanto à melhor conduta frente aos casos. As mudanças relacionadas ao enfrentamento de pandemias ainda colocaram outros desafios aos profissionais de saúde, tais como: a lida cotidiana com um risco aumentado de contágio e adoecimento, associado a medidas restritivas de biossegurança, sem a garantia de acesso permanente aos equipamentos de proteção individual (EPI) adequados; o medo de contrair a doença e contagiar familiares ou pessoas próximas; o contato mais intenso e frequente com a morte e o morrer, em uma situação de isolamento físico e paramentação que tornam mais difícil oferecer conforto a alguém que esteja morrendo, doente ou muito aflito; a exposição a uma população estressada e assustada, aumentando o risco de violência direcionada aos profissionais de saúde; o apelo social pela ocupação de um lugar heroico e abnegado que pode vir acompanhado de paradoxal processo de estigmatização, muitas vezes acompanhadas de reações hostis por parte de outras pessoas (48, 49, 50). Para dar contornos de maior dramaticidade a isto tudo, vale ressaltar que frequentemente os profissionais médicos e de enfermagem que estão em maior número nas portas de entrada do sistema de saúde costumam ser aqueles mais jovens, com menos experiência e tempo na profissão (51).

Diante deste cenário, é bastante comum que sintomas mentais e comportamentais de estresse agudo, tristeza, ansiedade, insônia, abuso de substâncias psicoativas e *burn-out* sejam frequentes entre os trabalhadores de saúde, podendo se complicar, e se estender no tempo para além da resolução da pandemia, em transtornos depressivo, de ansiedade, de estresse pós-traumático e abuso de substância de álcool e outras drogas (47, 49, 50, 52). Uma revisão sistemática apontou que os profissionais de saúde estão particularmente em alto risco de desenvolvimento de transtornos de saúde mental tais como sintomas de ansiedade e depressão durante surtos epidêmicos virais tal qual o pela covid-19 (53).

Na China, epicentro inicial da pandemia, uma pesquisa com 13 profissionais entre médicos e enfermeiros em fevereiro de 2020 na província de Hubei, local da identificação do primeiro caso de infecção pelo SARS-CoV-2, foi realizada com entrevistas semiestruturadas por telefone. Com objetivo de avaliar as experiências dos profissionais da linha de frente, as principais categorias temáticas que emergiram após

análise foram relacionadas a: sensação de dever e responsabilidade pelo bem-estar dos pacientes; os desafios de trabalhar nas enfermarias de covid-19; e a resiliência (54).

No caso do Reino Unido, a pandemia de covid-19 teve impacto no sistema de saúde público, o Serviço Nacional de Saúde, da sigla em inglês NHS, que já sofria com problemas de mão de obra, incluindo alta taxa de vacância e baixas taxas de retenção de pessoal, capacidade limitada de leitos e cortes de financiamento (55). Uma pesquisa qualitativa britânica realizada a partir de entrevistas remotas com 35 profissionais da rede de saúde mental do NHS, entre junho e agosto de 2020, sobre as experiências no contexto pandêmico, identificou os sentimentos de tristeza, estresse/angústia psicológica e dano moral. A necessidade de adaptação ao mesmo tempo que houve aumento do acesso ao serviço de cuidados em saúde mental colaborou para que os profissionais destacassem o sofrimento e esgotamento devido a exaustão emocional, distanciamento do trabalho original e a baixa valorização pessoal. Precisaram lidar com uma ampla gama de dilemas morais sobre, por exemplo, restringir ou isolar indivíduos vulneráveis para prevenir a transmissão viral, sentir que estavam prestando cuidados de saúde mental de baixa qualidade, que a forma de trabalho que realizavam era subvalorizada e que os usuários dos serviços poderiam sofrer danos iatrogênicos como resultado de cuidados interrompidos, retirados ou de outra forma reconfigurados (53). Por outro lado, uma outra pesquisa qualitativa conduzida com entrevistas por telefone em abril de 2020 com 30 profissionais atuantes na emergência e no CTI de três hospitais do Reino Unido apresentou, dentre os resultados, temas positivos. Entre eles, a percepção de solidariedade entre os colegas, a presença de estruturas de suporte de bem-estar e o sentimento de valorização pela sociedade (55).

No continente africano, os reflexos na saúde mental dos profissionais de saúde também foram identificados. Cinquenta representantes de diferentes categorias e níveis de atenção à saúde de Uganda tiveram suas percepções a respeito do enfrentamento da pandemia avaliadas a partir de um questionário *online* no início de 2021, em que os principais achados foram ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. A origem dessas desordens foi relacionada às longas horas de trabalho, falta de equipamentos adequados, privação de sono, exaustão e alta taxa de mortalidade de pacientes sob os cuidados desses profissionais (56). Em outro trabalho realizado na Nigéria, os pesquisadores recrutaram 20 profissionais da linha

de frente através da técnica de amostragem de bola de neve, e realizaram entrevistas presenciais com posterior análise com base no método fenomenológico de Colaizzi. Como resultado, surgiram cinco temas principais: fase inicial da pandemia em que foram descritos os sentimentos de medo e incerteza entre trabalhadores e suas famílias; trabalhar com pacientes com covid-19, em que são sinalizadas as adaptações às situações de alto risco e o desgaste emocional em cenários invariavelmente sem recursos ou apoio adequados; trauma psicológico, mental e emocional com origem no estresse, no medo e nas longas horas de trabalho; estigmatização através do distanciamento não somente pelo público em geral, mas também por familiares e amigos, acentuando o sofrimento psicológico. Concluíram que a estigmatização teve um impacto profundo no desempenho das funções pelos profissionais e que as repercussões na saúde mental podem ser duradouras com evidente necessidade de apoio psicológico longitudinal (57).

Um grupo de pesquisadores da faculdade de Medicina da Universidade de Maryland, nos Estados Unidos, iniciou uma pesquisa sobre angústia e injúria moral entre profissionais de saúde da rede hospitalar no começo da pandemia pelo SARS-CoV-2. Dados preliminares demonstraram que a gravidade da injúria moral foi semelhante àquela em militares após sete meses em zona de guerra. Além disso, os escores para injúria moral foram associados a distúrbios do sono e tempo dentro da enfermaria de clínica médica (58). Na Itália, primeiro país europeu a enfrentar o surto de covid-19, 20% dos profissionais de saúde declararam sentir-se psicologicamente seguros e apenas 3% receberam algum tipo de apoio psicológico, segundo resultados de uma pesquisa nacional realizada entre março e abril de 2020 (59).

Um tema de destaque em pesquisa com trabalhadores da saúde de diversas categorias na Indonésia, interpretado como um dos mecanismos de enfrentamento da pandemia, foi o de “entrega a Deus”. Descrito como o entendimento, por parte deles, da existência de uma proteção divina a quem caberia a definição dos desfechos, independentemente de esforços e uso de tecnologias (60). Aproximadamente 88% da população indonésia se declara muçulmana. Outros aspectos como falta de EPI, medo de estar infectado e infectar e exaustão por longos turnos de trabalho também emergiram (60). Na Turquia, foi observado que os profissionais da enfermagem da atenção terciária foram afetados tanto em termos psicológicos quanto sociais. Apesar do apoio da sociedade em geral, atitudes de caráter discriminatório foram identificadas (61).

Nesse sentido, preparar adequadamente as equipes de saúde para o trabalho e os desafios subsequentes reduz o risco de desenvolvimento de transtornos de saúde mental. Garantias falsas não devem ser dadas, mas sim uma orientação objetiva, direta e clara, sem eufemismos, sobre o cenário enfrentado e seus possíveis desdobramentos. Cabe aos gestores tomar medidas proativas para proteger a saúde mental e o bem-estar das equipes de saúde. Reuniões regulares, mesmo que remotas, de avaliação não somente dos fluxos de atendimento, mas do estado mental dos profissionais, podem ser ferramentas extremamente valiosas para reconhecer precocemente sinais de sofrimento (62, 63).

Além disso, para reduzir o dano psicológico gerado pela pandemia entre equipes médicas e de enfermagem, o estabelecimento de equipes de intervenção psicológica, aconselhamento e a oferta de psicoterapia foram algumas das estratégias usadas. O estímulo à divulgação pela mídia televisiva e redes sociais de ferramentas para alívio da ansiedade, técnicas de respiração e meditação pode ter respostas extremamente positivas assim como a criação de materiais personalizados a cada caso (64).

No que tange aos profissionais da atenção primária, o artigo de Salve *et al.* buscou sintetizar as evidências oriundas das contribuições dos agentes comunitários de saúde da Índia, de Bangladesh, Paquistão, Serra Leoa, Quênia e Etiópia. Os ACSs foram essenciais na resposta à pandemia nestes países, participando na vigilância, educação comunitária e suporte aos pacientes. Ressaltam o caráter adaptativo destes profissionais à medida em que ajustavam suas funções. No entanto, cada país apresentou particularidades no apoio aos ACSs, tendo, em alguns, recebido formação, EPI e incentivos financeiros enquanto, em outros, enfrentaram lacunas substanciais. Dentro desta categoria profissional, a parcela do sexo feminino apresentou maior sobrecarga de funções. É notória a importância dos ACSs na gestão de surtos e doenças e fundamental o adequado apoio e incentivo a eles (65). Outras pesquisas destacaram que quanto maior o tempo de atuação no território e a proximidade com a comunidade, menor foi o volume de experiências negativas junto à população, como, por exemplo, episódios de hostilidade (66).

Verhoeven *et al.* apresentaram trabalho com os clínicos gerais (*general practitioners*) da região de Flandres, com 132 entrevistas realizadas na última semana de março de 2020. Não identificou claramente os danos psicológicos nesse grupo de profissionais, mas salientou algumas barreiras e desafios comuns a surtos prévios:

falta de EPI e acesso à informação e treinamento específico, de suporte das autoridades e a carga emocional. O que pareceu ser diferente para a atual pandemia foi a preocupação quanto aos efeitos colaterais das medidas de isolamento/bloqueio, muito mais drásticas e prolongadas do que em crises anteriores. Concluíram que houve profundo impacto nas competências essenciais dos médicos que atuam na atenção primária. Entretanto, os desafios impostos no início do combate à pandemia demonstraram grande flexibilidade e resiliência por parte desse grupo de profissionais. Apesar dos fluxos bem estabelecidos para o atendimento de suspeitos de síndrome gripal, há grande preocupação com a continuidade do seguimento das demais linhas de cuidado (67).

Quadro 1 – Fatores relacionados ao impacto da Pandemia covid-19 nos profissionais de saúde.

Exposição ao covid-19	Epidemiologia	Políticas de saúde	Recursos Materiais	Recursos humanos	Fatores pessoais
----------------------------------	----------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

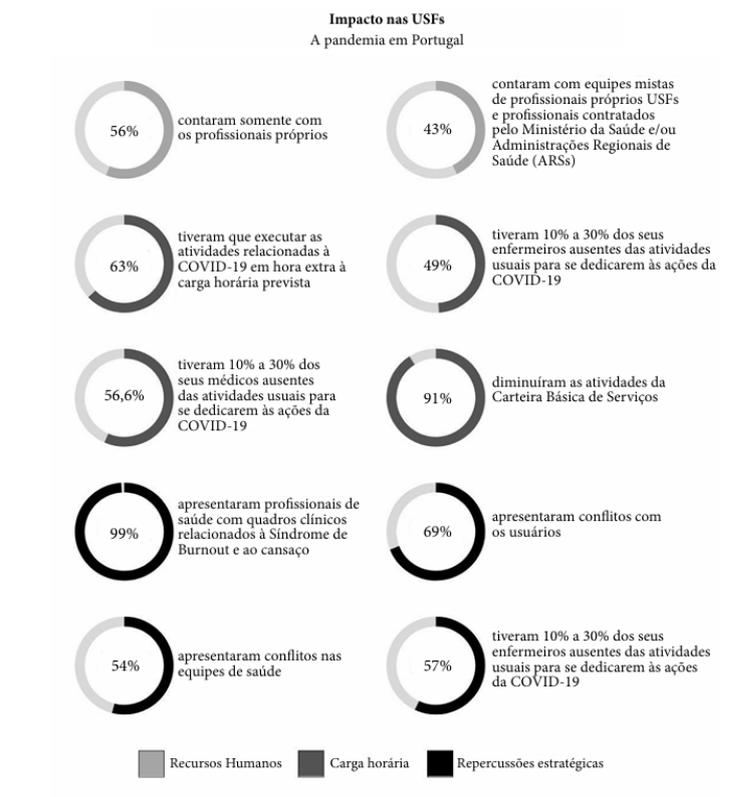
Atendimento na linha de frente (unidades de emergência / terapia intensiva / cuidados primários / hospitais covid-19) covid positivo (em quarentena) Infecção de pares / mortes Trauma Hospitalizado por covid-19 Decisões de fim de vida Grau de responsabilidade Segunda linha de atendimento clínico Teletrabalho remoto	Epidemias anteriores Incidência (país / região) Estágio pandêmico	Transparência de dados públicos Plano de ação global do governo Estratégia de saúde pública Cobertura do sistema público de saúde	Disponibilidade de equipamentos de proteção individual Hora / local para descansar Capacidade do sistema de saúde (hospitais, unidades de terapia intensiva) Disponibilidade de recursos de tratamento	Recursos de apoio psicológico Horas na enfermagem Residentes internos Formação de novas equipes Pessoal de reforço	Sexo Idade Suporte social Estratégias de enfrentamento Traços de personalidade Estilo de conexão Ter filhos Transtornos mentais pré mórbidos Sintomas físicos recentes Membros idosos da família Mortes de parentes Uso indevido de drogas legais/ ilegais/
---	---	--	---	--	--

Fonte: adaptado de Braquehais *et al.*, 2020, p. 615

Em Portugal, as estratégias de vigilância epidemiológica, de telemedicina, de rastreio e monitoramento dos casos de covid-19, além da ampliação da cobertura vacinal, são exemplos de medidas que podem ter contribuído para a sobrecarga de trabalho no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (68). Em relatório produzido pela Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF) sobre o impacto na APS portuguesa no enfrentamento a pandemia, alguns achados chamaram extrema atenção, como: 99% das USFs tiveram profissionais de saúde com quadro clínico relacionado à síndrome de *burnout* e ao cansaço, 63% das USFs tiveram que executar as atividades relacionadas à covid-19 em hora extra à carga horária prevista e 54% das USFs apresentaram conflitos nas equipes de saúde (68).

Figura 2 – Impacto no trabalho nas unidades de saúde familiar no enfrentamento da

pandemia de covid-19 até dezembro 2021, em Portugal.



Fonte: Santos *et al.*, 2023.

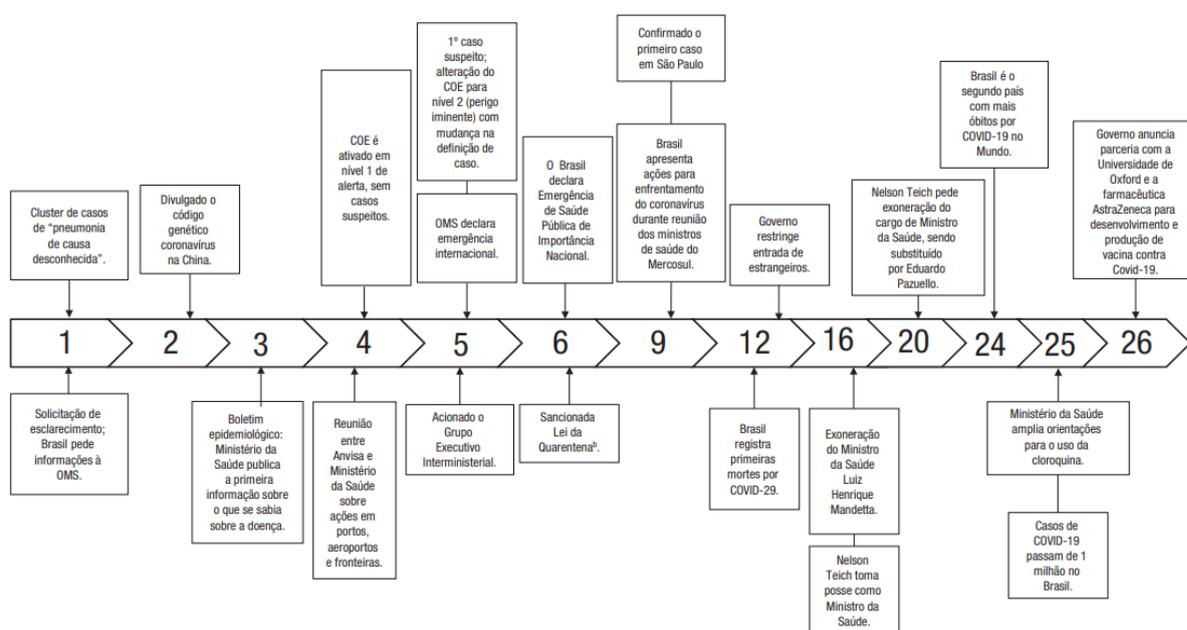
2.2.3 A Pandemia no Brasil

A Pandemia covid-19 no Brasil não pode ser explorada sem contextualização do cenário político do país. Construído a partir do *impeachment* em 2016, com ascensão ao poder de grupos de extrema direita, dos quais um representante assumiu a chefia do poder executivo em 2018 em meio a uma campanha eleitoral marcada pelas chamadas “*fake news*”, expressão em inglês que significa “notícias falsas”.

A rápida disseminação global de informações que caracteriza a era digital atual, ao mesmo tempo que possibilita, no intervalo de um “clique”, o acesso pelo público geral a informações de fontes confiáveis, também colabora para a propagação de inverdades. E, seguindo o padrão observado nas eleições de 2018, a pandemia no Brasil foi permeada pela difusão de informações inexatas, principalmente por redes sociais e aplicativos de mensagem. Fantasiadas de jornalismo, *fake news* contribuem para aumentar a descrença na ciência e nas instituições de saúde pública (69). Aspectos culturais como saberes populares, tradições, crenças religiosas e hábitos alimentares foram massivamente utilizados para manipular a população com o intuito de dar sentido de proximidade às falácias, durante a pandemia (70).

Neste cenário, alguns dos aspectos relevantes do período pandêmico foram o negacionismo e a intensificação do movimento antivacina, que traduziram a postura do Governo Federal, o qual se furtou de sua responsabilidade sanitária. Durante todo o curso da Pandemia COVID-19, foram inúmeras as manifestações pelo presidente do país e seus aliados de menosprezo aos dados científicos publicados. Houve atraso na organização de uma resposta nacional, descrença na importância do isolamento social, incentivo ao uso de tratamentos medicamentosos sem evidência científica e morosidade na importação de insumos e, principalmente, na aquisição de vacinas. Grandes discordâncias entre governos estaduais e federais eram noticiadas nas grandes mídias diariamente. Como consequência, tivemos uma gestão sanitária caótica e, infelizmente, centenas de milhares de óbitos no país em uma das maiores crises da saúde pública da história (71, 72).

Figura 3 – Linha do tempo de acontecimentos sobre a pandemia de covid-19 no Brasil nas semanas epidemiológicas de 1 a 26, 2020.



Fante: G1 — Fato ou Fake — Coronavírus; e Ministério da Saúde — Fake News — Coronavírus.

^aAnvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; COE: Comitê de Operações de Emergência; OMS: Organização Mundial da Saúde. Primeira semana epidemiológica: 4 de janeiro de 2020; última semana epidemiológica: 27 de junho de 2020.

^bLei da Quarentena: lei no. 13 979/2020, sancionada em fevereiro de 2020 para dispor sobre "medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019". Nela estão previstos os mecanismos que podem ser utilizados pelas autoridades sanitárias a fim de conter o avanço da pandemia, entre eles a quarentena e o isolamento.

Fonte: de Barcelos, 2021.

2.2.4 A APS brasileira no enfrentamento da covid-19

O Brasil é um país caracterizado por fortes disparidades socioeconômicas. No entanto, oferece um sistema de saúde universal que visa proporcionar igualdade de

acesso a todos os seus mais de 203 milhões de cidadãos. Portanto, o acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde expõe dramaticamente a estrutura socioeconômica do país e as fragilidades neste momento de crise (73). Instituído através da Lei 8080 de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social. Em 1994, é criado o Programa Saúde da Família, que, em 1996, alcança *status* de modelo de organização como Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo este um dos pilares da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), norteador da sistematização da APS no país.

No SUS, a principal porta de entrada é a APS. Sendo assim, esse nível de atenção é extremamente sensível ao aumento no número de casos de uma gama extensa de condições de saúde. O impacto na APS pela Pandemia não foi consequência isolada do aumento dos atendimentos de síndrome gripal, mas o resultado de uma construção iniciada no período pós *impeachment*, com a aprovação da Emenda Constitucional 95 de 15 de dezembro de 2016, que congelou por 20 anos os gastos na área da saúde, e posteriormente com a publicação da PNAB de 2017 e sua reestruturação das equipes e modelo de financiamento (74, 75, 76).

As medidas tomadas para reorganização dos processos de trabalho de modo que se ajustasse a um novo cenário de atendimento tiveram um impacto profundo na APS, o qual se estendeu muito além do nível organizacional e logístico (67). Foi o primeiro ponto de contato para pacientes com sintomas, preocupações, ansiedade e dúvidas sobre a pandemia. Partindo da estimativa de que 80% dos casos apresentam um quadro leve ou moderado, a APS apresenta-se como estratégia fundamental para o cuidado integral, controle da doença e suporte aos grupos vulnerabilizados (77). Importante destacar seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, que permitiram a manutenção do contato e vínculo entre equipes e população (78). Nesse ínterim, os problemas regulares de saúde não deixaram de existir.

O Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Primária do Ministério da Saúde (79) sugeriu a metodologia *fast-track*, que teve por base a triagem e a agilidade no atendimento aos casos suspeitos, estabeleceu um fluxograma de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), desde a porta até o atendimento, evitando a circulação desnecessária deste usuário em outros ambientes do serviço. No âmbito dos Estados, foram organizados comitês de enfrentamento e elaborados

planos de contingência, como os de São Paulo (80) e de Santa Catarina (81). No estado do Rio de Janeiro, o Plano de Contingência foi pactuado com deliberação pela Comissão Intergestores Bipartide em 16 de abril de 2020 (82).

Os municípios, responsáveis pela gestão da APS, responderam reorganizando suas redes de atenção à saúde (RAS) com base no conhecimento de seu território e da vigilância epidemiológica. Na capital fluminense, foi através do Decreto Rio Nº 48343 de 1º de janeiro de 2021 que foi instituído o Comitê Especial de Enfrentamento da Covid-19 (CEEC), no âmbito do SUS do MRJ (83). Cabe frisar que tal movimento foi realizado apenas quase onze meses após declarada a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional pelo Ministério da Saúde, em 02 de fevereiro de 2020, o que ilustra a fragilidade nas recomendações e as incertezas as quais os profissionais da APS carioca estiveram submetidos durante 2020.

Frente a dimensão do desafio a ser encarado pela APS no controle da pandemia simultaneamente à manutenção de suas funções essenciais, um grupo de pesquisadores da Rede de Pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, explorou as oportunidades de atuação da APS e propôs uma sistematização em quatro eixos, os quais, de forma resumida, são (78, 129):

(i) Vigilância em saúde nos territórios: estabelecimento de fluxo de informações junto aos serviços de vigilância a partir da notificação, detecção e acompanhamento dos casos. Estímulo ao isolamento social, combate ao estigma relacionado à doença e às *fake news*, educação em saúde com destaque às práticas de higiene e proteção principalmente pelos agentes comunitários de saúde, fundamentais nestas ações.

(ii) Atenção aos usuários com covid-19: organização de fluxos que separem casos leves de casos mais graves que exigem encaminhamento à atenção de urgência e emergência com o uso ou não de transporte especializado, além de separação em relação aos casos não respiratórios; utilização de ferramentas que assegurem o cuidado remoto e presencial com segurança e qualidade.

(iii) Suporte social a grupos vulneráveis: acesso a mecanismos de proteção social e interlocução com iniciativas comunitárias com objetivo de minimizar os possíveis impactos.

(iv) Continuidade das ações próprias da APS: a despeito do novo contexto imposto pela pandemia de SARS-CoV-2, inúmeras outras atividades da APS precisaram seguir em paralelo aos atendimentos de síndrome gripal. O uso de

meios de comunicação digital para tentar minimizar a exposição dos pacientes em consultas presenciais foi um recurso largamente utilizado, mas que não substituiu totalmente a necessidade do exame físico do pré-natal, por exemplo (78, 129).

Figura 4 – Modelo de reorganização das ações da APS no contexto da pandemia de covid-19.



Fonte: Aquino *et al.*, 2020.

A pandemia do covid-19 foi um desafio para cada uma das competências essenciais do MFC. A gestão da APS requereu soluções para lidar com o aumento do número de pacientes com sintomas de síndrome gripal, para separar fluxos de continuidade das demais linhas de cuidado e serviços ofertados, implementar a vacinação em escala nacional e estabelecer cuidado às pessoas com a forma longa da doença. O cuidado centrado na pessoa precisa ser mantido a despeito de novas tecnologias implementadas, como, por exemplo, o atendimento remoto ou telemonitoramento. As habilidades de tomada de decisão devem levar em conta a epidemiologia alterada e a necessidade de cuidados contínuos. Uma abordagem abrangente inclui gerenciamento de risco específico para cobertura e educação em saúde.

A orientação para a comunidade é evidentemente muito importante no contexto de um surto infeccioso, além das dimensões psicológica, sociocultural e existencial

que definem a abordagem integral do MFC. A avaliação das respostas do sistema de saúde a pandemias infecciosas anteriores mostra várias abordagens e diferentes níveis de envolvimento da APS em diferentes países, mas geralmente uma preparação insuficiente. Dificuldades no fornecimento e uso de EPI, decisões de saúde, como priorização de pacientes do grupo de risco, o apoio das autoridades, a falta de conhecimento e treinamento e a carga emocional são fatores que comprometem uma resposta eficaz a uma pandemia. Os aprendizados da pandemia podem ajudar na adaptação de estratégias para o futuro.

Os trabalhadores da atenção primária, como enfermeiras, técnicos de enfermagem e médicos que estão em contato direto com os pacientes e seus fluidos corporais, são os mais vulneráveis à infecção (73).

Frente a essa nova realidade, a ESF, durante surtos e epidemias, apresenta papel fundamental na resposta global à doença em questão. Na ESF, se oferece atendimento resolutivo, além de manter a coordenação do cuidado e a longitudinalidade, com grande potencial de identificar casos graves de uma doença, os quais devem ser manejados em serviços especializados (84, 85).

Na literatura, é possível identificar exemplos de reorganização dos processos de trabalho municipais, como a experiência da cidade de Diadema, no estado de São Paulo. Neste município, um comitê foi instituído ainda em fevereiro, com representantes de todos os serviços da RAS, e semanalmente fluxos eram construídos antevendo a crise causada pelo SARS-CoV-2, como as definições de grupos prioritários e como realizar o manejo dos casos sintomáticos. Posteriormente, adaptações locais conforme características dos territórios de cada UBS foram realizadas. Foi exaltada a participação dos ACS e de líderes comunitários na atuação junto à comunidade, ressaltando as características de responsabilidade territorial e orientação comunitária da APS (86). Destacou-se o desafio em lidar com os sentimentos de ansiedade e temor das equipes frente ao desconhecido, o medo de contaminação de si e familiares e a resistência na manutenção do trabalho no território. Além disso, salientou-se a adequação dos processos de trabalho, principalmente no que tangeu à comunicação entre os níveis de gestão e as UBS, as alterações frequentes dos protocolos por parte do Ministério da Saúde nos primeiros meses, com intervalo curto entre as atualizações.

Dentre as ferramentas para continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado da APS, a telemedicina foi apresentada como uma das estratégias para

manter a assistência em tempos de isolamento social, com inúmeros relatos bem sucedidos no Brasil e no mundo. Entretanto, a maior parte dos municípios brasileiros não possui acesso à *internet* nos consultórios das equipes da APS (86). O Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.989/20, que autorizou a telemedicina sem a presença de um profissional ao lado do paciente, enquanto durasse a pandemia, o que acelerou as discussões sobre essa ferramenta, oportunizando que serviços públicos e privados pudessem experimentar o atendimento médico a distância. Houve um crescente movimento das entidades de classe para regulamentar essa ferramenta com diferentes níveis de aceitação, benefícios e críticas a esta nova forma de atendimento em saúde (86).

2.2.4.1 Os agentes comunitários de saúde

Com profissão criada em 2002 (87), recentemente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram regulamentados como profissionais de saúde no Brasil (88). É uma categoria profissional majoritariamente formada por mulheres e que assiste mais de 126 milhões de pessoas (77). Atualmente, são aproximadamente 265 mil profissionais em território nacional que assumem o papel de mediadores entre expressões culturais e estilos de vida locais, por um lado, e entre o conhecimento científico e o processo de trabalho das equipes, por outro. “O ACS é um ator social que mobiliza as contradições, ao mesmo tempo em que estabelece um diálogo profundo entre essas duas visões de mundo” (89).

Esses profissionais, que, na grande maioria das vezes, residem no próprio território onde trabalham, atuam na promoção e prevenção construindo o acolhimento com base em ações e palavras receptivas e afetuosas, estabelecendo, com a população, vínculos de confiança, compromisso e amizade. Têm a capacidade de identificar problemas nos núcleos familiares através da escuta ativa e do diálogo (90). São, portanto, pedra angular para um sistema de saúde resiliente e uma sociedade mais saudável.

Diante da pandemia pelo SARS-CoV-2, as equipes da ESF, ao ofertarem um atendimento territorializado e promoverem a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, possuem a capacidade de identificar antecipadamente potenciais casos graves. Contudo, para atender a essa demanda, o processo de trabalho em saúde precisou ser significativamente readequado, em consequência das restrições logísticas e espaço-temporais, tais como novas formas de desenvolvimento de

atividades pela equipe na APS e o próprio isolamento social da comunidade. Tais mudanças comprometem o trânsito entre os diferentes territórios de abrangência das equipes da ESF, o vínculo presencial com os usuários/comunidade, especialmente, no contexto das visitas domiciliares, assim como exigiu mudanças nos fluxos assistenciais e na interrelação entre os membros da equipe, dificultando, inclusive, a realização de reuniões presenciais para o planejamento semanal de atividades (91). Por tal motivo, uma das medidas mais utilizadas foi a incorporação da telessaúde (sistema de prestação de serviços de saúde à distância, intermediado por tecnologias da informação e comunicação), principalmente por aplicativos de mensagens (como o WhatsApp) e o telefone (91). O telemonitoramento de casos de síndrome gripal por covid-19 e a vigilância das demais linhas de cuidado foi presente no dia a dia dos ACSs. Quanto ao uso de redes sociais e aplicativos de celular como o WhatsApp, compreende-se que esta já era uma realidade na prática profissional, mesmo que não institucionalizada, o que exigiria ampliação de acesso às tecnologias e à conectividade, qualificando os trabalhadores para o melhor uso das ferramentas no âmbito tanto da comunicação social quanto da vigilância à saúde. Porém, o fato de uma a cada quatro pessoas no Brasil não dispor de acesso à *internet* revela uma nova condição de equidade no SUS e a importância indispensável de manutenção das visitas domiciliares por parte dos ACSs (77). Apesar desta constatação, um estudo nacional apontou baixa permanência do ACS atuando no território, nas diferentes regiões brasileiras, tendo suas atividades suspensas ou se concentrando em atividades internas (92, 93). Outro trabalho, realizado em três municípios baianos entre janeiro de 2020 e agosto de 2021, encontrou como um dos resultados a descaracterização da práxis dos ACS com a interrupção das ações comunitárias em favor de trabalhos internos (93).

Nesse contexto, o ACS inseriu-se como um profissional de destaque diante da pandemia, por se tratar de integrante da rede que teve um papel essencial no monitoramento dos sintomas e coleta de dados epidemiológicos, tendo em vista que apresenta uma maior aproximação com a comunidade, o que facilita o elo entre a população e os serviços de saúde (94, 95). Assim, auxiliaram na maior permeabilidade e aceitação das medidas estabelecidas e preconizadas pelas autoridades de saúde do país a nível territorial (91). No entanto, cabe ressaltar que a demora de decisões objetivas por parte do governo federal brasileiro para coordenar e orientar o trabalho dos profissionais de saúde da APS colocou em risco a saúde e a segurança tanto dos

ACSs quanto da população geral (96), uma vez que justamente atuam inseridos no território. Dadas a resposta e a liderança insuficientes a nível federal, muitos ACSs ficaram em situações de trabalho ambíguas e tensas, minando a eficácia do seu papel na gestão da crise sanitária vivida (96).

A despeito da notória importância, os ACSs só foram chancelados como trabalhadores essenciais cinco meses depois do primeiro caso confirmado de SARS-CoV-2 no Brasil, quando foi publicada a Lei n. 14.023 de 2020 (97). Fundamental registrar que, pelo fato de à época ainda não serem classificados como profissionais de saúde no Brasil, apenas 9% receberam EPI e treinamento específico (98).

De acordo com o Ministério da Saúde, era de competência do ACS durante a pandemia da covid-19: orientar a população a respeito da doença; ajudar a equipe na identificação de casos suspeitos; auxiliar no monitoramento dos casos confirmados e casos suspeitos; quando solicitado, realizar busca ativa; auxiliar as atividades de campanha de vacinação tendo em vista preservar a circulação entre pacientes que estejam na unidade por conta de complicações relacionadas à covid-19, priorizando os idosos; realizar atividades educativas na unidade enquanto os pacientes aguardam atendimento, dentre outras atribuições (85, 94). Entretanto, tais atribuições configuravam-se como desvio de função em relação à lei da profissão (99, 100).

Em Peruíbe (90), município do litoral paulista, os ACSs participaram da Central de Atendimento covid-19 em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica para orientar e acompanhar os casos notificados e seus contatos. O trabalho foi marcado não apenas pelo monitoramento dos casos, mas como suporte às famílias enlutadas.

É primordial que gestores dos diferentes níveis reconheçam que a importância dos ACSs vai além da promoção da saúde. Eles devem ser reconhecidos como aliados na luta contra o desmantelamento da ESF, principalmente desde a PNAB 2017 (90). Remuneração mais justa, melhor formação, supervisão de apoio, racionalização da sua carga de trabalho são alguns pontos reivindicados para um melhor reconhecimento da categoria.

Frente a tantos desafios, em outros países também foram conduzidas pesquisas qualitativas para avaliar as experiências dos ACSs no contexto da pandemia pela Covid-19. Importante registrar que esses profissionais recebem nomeações de acordo com o país no qual estão inseridos, por exemplo: colaborador voluntário na Guatemala; brigadista, na Nicarágua; ativista, em Moçambique; e *basic health worker*, na Índia (101, 102). Em Lagos, na Nigéria, um estudo foi conduzido

com 15 entrevistas entre março e abril de 2021, objetivando compreender os fatores que influenciaram a capacidade e a vontade dos ACS de trabalhar durante a pandemia. Após a análise dos dados, foram identificados três principais temas: influências na capacidade de atuar na função covid a partir da aquisição de conhecimento sobre o tema e os desafios locais; influências na disposição para atuar na função covid que oscilou entre a responsabilidade de exercerem seus papéis e o medo; e sugestões de melhorias como melhor financiamento, EPI e mais contratações (103).

2.2.4.2 A enfermagem da Saúde da Família

A equipe de enfermagem assume o protagonismo na APS, sendo indispensável para o bom funcionamento do conjunto de ações de saúde. Ressalta-se a habilidade técnica assistencial e científica desses profissionais, assim como sua sensibilidade de cuidar e ser cuidado, de gerenciar e empoderar toda a equipe multidisciplinar (12). O enfermeiro, pertencente a uma equipe multidisciplinar, possui o potencial de alavancar as ações da APS, rotineiramente e em tempos de pandemia.

Neste nível de atenção, o trabalho dos profissionais de enfermagem se baseia em duas vertentes: a produção do cuidado com gestão do processo terapêutico e atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem. Há um consenso sobre a complexidade dos enfermeiros no contexto da APS, descrito por vertentes do processo de trabalho, que destaca a sobrecarga de atividades e atribuições limitadas por uma autonomia reduzida. Todos os eixos do trabalho desta categoria foram atingidos, em maior ou em menor grau, durante a pandemia. O atendimento aos usuários sintomáticos, a continuidade das ações próprias da APS, ações de vigilância nos territórios e novas rotinas implementadas, como a vacinação para covid, são alguns exemplos das consequências da pandemia no trabalho deste grupo (104).

Em um trabalho realizado na AP 2.1 do MRJ, três temas emergiram a partir de entrevistas feitas com enfermeiras com objetivo de avaliar o impacto da pandemia na prática profissional cotidiana: reorganização do trabalho, fragmentação da assistência e vínculo. Ressaltaram a priorização dos atendimentos a sintomáticos respiratórios em detrimento às linhas de cuidado e queda da coleta de citopatológico, da avaliação continuada de feridas, dos exames dos pés diabéticos, da redução das atividades educativas (104).

2.2.4.3 Os médicos de família e comunidade

Inúmeras pesquisas se propuseram a avaliar as experiências dos médicos atuantes na APS no Brasil e no mundo no enfrentamento a pandemia.

Em um trabalho com profissionais da APS inglesa, principalmente MFC, que atuam em áreas vulneráveis, com entrevistas realizadas entre outubro de 2020 e março de 2021, período correspondente ao estágio inicial da segunda onda no Reino Unido, foram identificados quatro temas abrangentes: fatores que aumentam os riscos diretos à saúde pelo vírus covid-19; fatores que pioram a privação pré-existente; o papel da prescrição social durante a covid-19; os benefícios e custos da consulta remota (105).

Outro estudo qualitativo foi realizado a partir de entrevistas entre outubro e dezembro de 2020, cujos participantes incluíram 22 médicos, sendo 9 MFCs e 2 enfermeiros atuantes na APS do estado de New England, nos Estados Unidos. Através da análise temática, identificaram-se quatro áreas nas quais os médicos perceberam que o covid-19 impactou os cuidados primários: burocracia, liderança, telemedicina e atendimento ao paciente e a vida profissional (106). Abaixo, quadro resumo:

Quadro 2 – Resumo dos achados do estudo realizado em New England.

Tema	Impacto positivo	Impacto negativo
Burocracia	<ul style="list-style-type: none"> Ter menos regras burocráticas permitiu que mais iniciativas avançassem; Iniciativas locais que estavam em espera avançaram Novas ideias facilmente implementadas na prática Houve oportunidades para aceitar novos cargos de liderança 	<ul style="list-style-type: none"> Não estava claro como sustentar as mudanças pós-pandemia (sustentabilidade). Havia ansiedade de que a burocracia retornasse pós-pandemia
Liderança	<ul style="list-style-type: none"> Os entrevistados lideraram operações relacionadas à COVID-19 Os entrevistados tiveram oportunidades de criar e ministrar treinamentos relacionados à telemedicina 	<ul style="list-style-type: none"> Os líderes precisavam abordar o esgotamento e a resiliência num momento em que todos estavam sobrecarregados
Telemedicina e cuidados com o paciente	<ul style="list-style-type: none"> A telemedicina era mais eficiente, flexível, acessível e conveniente para os pacientes A telemedicina permitiu uma ligação mais frequente com os pacientes A telemedicina restaurou a importância da entrevista do paciente A telemedicina fortaleceu o relacionamento com os pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Nem todas as populações têm acesso à telemedicina, por isso alguns pacientes ficaram para trás Era difícil abordar questões sociais sem a equipe completa no escritório e a capacidade de fazer transferências calorosas Foi difícil construir relacionamentos com novos

Vida profissional	<p>por meio de visitas virtuais mais descontraídas</p> <ul style="list-style-type: none"> Os entrevistados descobriram que a telemedicina aumentou o equilíbrio entre vida pessoal e profissional 	<p>pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> A sala de exames virtual não estava preparada para a transição para a telessaúde Houve processos de diagnóstico inadequados via telemedicina Alguns entrevistados descobriram que tinham um nível mais alto de exaustão com as sessões de telemedicina; Os entrevistados ficaram frustrados e insatisfeitos com a implementação imperfeita da telessaúde
-------------------	--	---

Fonte: Adaptado de Sullivan *et al.*, 2022, p.268

Na Noruega, houve um outro trabalho qualitativo, cujas entrevistas foram realizadas em dois momentos, sendo a primeira rodada de entrevistas realizada entre setembro e dezembro de 2020, e a segunda de janeiro a abril de 2021. A análise do discurso foi dividida em três temas que representam diferentes fases da resposta à pandemia desde o choque inicial até a reorganização e adaptação a um novo normal. Cada tema descreve experiências, estratégias de gestão, processos e mudanças: equilíbrio entre precaução, prevenção e continuidade; incômodo pelo incerto e ordenar a partir do caso/adaptar-se ao novo normal (107).

Estudo entre outubro 2020 e junho 2021 realizou entrevistas semiestruturadas com 68 MFCs em 4 regiões do Canadá como parte de um estudo maior. Os principais temas emergentes das narrativas foram: o contexto de assumir papéis de liderança relacionados a pandemia; as funções de liderança; a responsabilidade em transmitir conhecimento; o papel de desenvolver e adaptar protocolos para os cuidados primários; advogar pelos mais vulneráveis e as barreiras e apoios para a liderança (108).

2.2.4.4 O caso do Município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro (MRJ) possui 1.224 km², organizados em 33 regiões administrativas e 163 bairros. É capital de estado homônimo, possui 6.211.223 habitantes segundo dados do último censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e é o município com o segundo maior Produto Interno Bruto do país, por dados de 2021 publicados pela mesma instituição (109). O último dado do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,799, de 2010, é o segundo maior do estado. O Índice de Gini, o qual avalia a desigualdade, em que quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade, da cidade em 2010 era 0,6391. Portanto, o MRJ apresenta-se bastante heterogêneo, possuindo diferentes graus de desenvolvimento e,

consequentemente, desigualdade na distribuição e na utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde (110). É marcado por um desordenamento urbano, e a chegada da Pandemia realçou ainda mais as desigualdades socioeconômicas daquela que é conhecida no mundo todo sob o título de Cidade Maravilhosa.

Para fins de planejamento em saúde, o MRJ está inserido na Região Metropolitana de Saúde I do estado do Rio de Janeiro. Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) dividiu geograficamente a cidade em dez áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde. Cada AP tem suas particularidades em função da história e evolução da ocupação da cidade, determinando características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade. Algumas informações sobre as APs estão resumidas no quadro abaixo:

Quadro 3 – Dados das APs do Rio de Janeiro

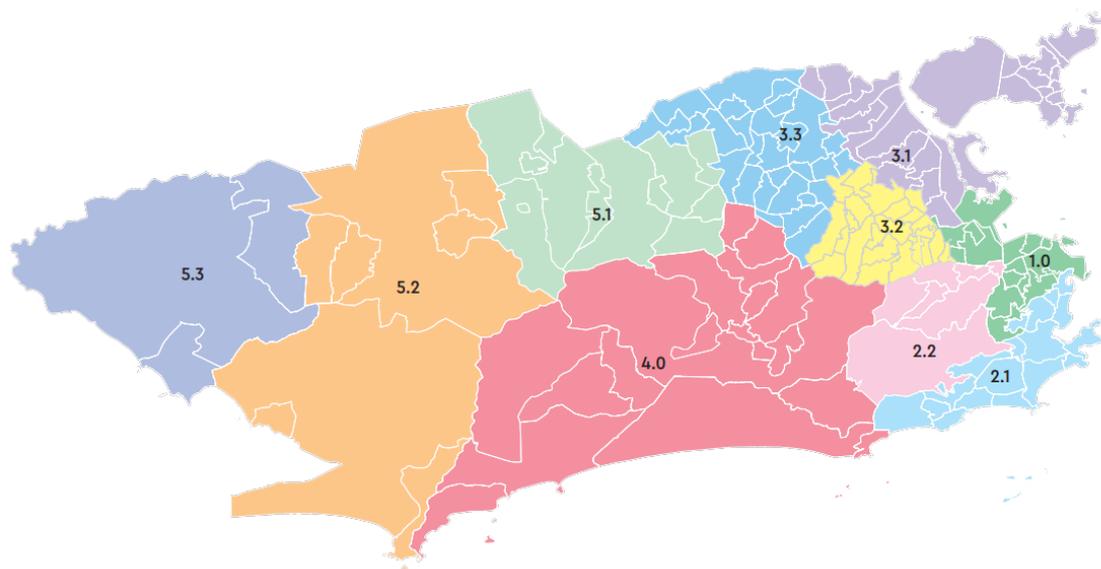
Área Programática	Características
1.0	<p>Área correspondente ao centro histórico da Cidade</p> <p>Formada por 15 bairros, 4,6% da população carioca – 268.280 habitantes, segundo o Censo 2000 – e 2,8% do território (34,39 km²).</p> <p>Em 2000, aproximadamente 76.787 pessoas viviam em favelas – 28,6% do total da população da área</p> <p>Em 2024: 91 equipes eSF e 36 eSB.</p>
2.1 e 2.2	<p>Formada por 25 bairros, representa 17% dos cariocas – 997.478 habitantes, segundo o Censo 2000 – e ocupa 8,2% do território – 100,43 km². Área correspondente a zona sul (AP 2.1) e parte da zona norte (AP 2.2).</p> <p>Convivem historicamente as edificações de luxo e a ocupação irregular por população de baixa renda.</p> <p>2.1 → população com maior poder aquisitivo. É onde se concentra a maior proporção de idosos da cidade, 20,5%. A taxa de alfabetização dos moradores da AP 2.1 (Zona Sul), é de 98%, acima da média da cidade (93%).</p> <p>Em 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AP 2.1 → 71 equipes eSF e 23 eSB; - AP 2.2 → 69 equipes eSF e 20 eSB.
3.1, 3.2, 3.3	<p>Possui 80 bairros, que correspondem a 16,6% do território municipal – 203,47 km² – e a 40,2% do total da população; a cada dois moradores de favela, um está na AP 3 (49,9% da cidade).</p>

	<p>Em 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AP 3.1 → 236 equipes eSF e 77 eSB; - AP 3.2 → 119 equipes eSF e 45 eSB; - AP 3.3 → 192 equipes eSF e 73 eSB.
4.0	<p>Composta por 19 bairros distribuídos por 3 Regiões Administrativas. No conjunto da cidade, a AP 4.0 corresponde a 24% da área – 293,79 km² – e 11,6% da população carioca. Corresponde a parte da zona oeste.</p> <p>Em 2024: 135 equipes eSF e 42 Esb.</p>
5.1 5.2 5.3	<p>Formada por 20 bairros e 5 regiões administrativas. Corresponde a 48,4% do território do Município – 592,45km² – e abriga cerca de 26,6% da população carioca.</p> <p>Como local de moradia para um pouco mais de um quarto da população da cidade, a AP 5 apresenta 11,6% desse contingente morando em ocupações irregulares, loteamentos irregulares ou clandestinos e favelas.</p> <p>Em 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AP 5.1 → 166 equipes eSF e 58 eSB; - AP 5.2 → 169 equipes eSF e 57 eSB; - AP 5.3 → 110 equipes eSF e 38 eSB.

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados extraídos do portal SUBPAV.

Abaixo, mapa ilustrativo desta divisão com a separação por bairros da cidade (110):

Figura 5 – Mapa das áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro segundo distribuição por bairros.



Fonte: Soranz, 2021.

No Rio de Janeiro, as unidades da APS podem apresentar três denominações: as clínicas da família (CF), onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família; os centros municipais de saúde (CMS), onde parte ou totalidade do território é coberta por equipes de Saúde da Família; e os Centros de Saúde Escola (CSE), que são unidades de ensino-aprendizagem onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família. Segundos dados disponíveis ao público no *site* da SUBPAV em 2024, são 239 unidades de APS, sendo 132 CF, 104 CMS e 3 CSE, com 1429 equipes, além de 22 equipes de atenção primária prisional (110, 111).

O estado do Rio – e, principalmente, o município – lidou com desafios como escassez de recursos, número insuficiente de profissionais, falta de EPIs e de *kits* de testagem, superfaturamento de hospitais de campanha e respiradores que foram comprados, mas não foram entregues. Essa situação desencadeou alguns desdobramentos, como a demissão do secretário de Saúde do estado, e as diversas investigações envolvendo o próprio governador (112). O ex-secretário de Saúde do estado e o governador foram investigados por superfaturamento e fraudes em licitações envolvendo os hospitais de campanha (113). Em agosto de 2020, o até então governador Wilson Witzel foi afastado pelo STJ e sofreu *impeachment* em abril de 2021. A crise na Saúde do MRJ não começou com a pandemia, mas vem se alastrando e incentivando há alguns anos, especialmente a partir da gestão do prefeito Marcelo Crivella (113).

Em 2018, sob a gestão de Marcelo Crivella, a SMS-RJ lançou um documento

que apresentou um estudo realizado para a reorganização dos serviços da APS no município, visando a “otimização de recursos”. Nesta publicação, a SMS-RJ, em 2018, argumentou que a expansão da rede de APS foi feita de forma desordenada entre os anos 2009 e 2016, gerando a necessidade de redistribuição das equipes, de modo a alcançar a adequação financeira ao orçamento disponível. A proposta apresentou nova tipologia de equipes e alto número de usuários por equipe, com base na PNAB 2017 (113). Tal documento explicitou o desmantelamento da ESF com profunda transformação no papel dos ACS, já que retirou a exigência de número mínimo de agentes nas equipes ESF (90). Dessa forma, essa reorganização resultou em aproximadamente 1.400 profissionais demitidos, sendo a maioria de ACSs. A gestão municipal optou por reduzir as receitas para a Saúde, acompanhando a tendência federal. O que foi chamado de “reorganização da Atenção Primária” traduziu-se por supressão de equipes de ESF, Saúde Bucal e NASF. Com tal supressão e consequente redução na cobertura da ESF no município, os profissionais se viram sobrecarregados e sem condições de prestar a assistência devida à população. Experiência publicada em 2020 pela equipe de uma CF do bairro de Vicente de Carvalho, zona norte do Rio de Janeiro, descreve o drama a que dezenas de unidades foram submetidas em 2020, visto que passaram por uma mudança turbulenta de modelo de gestão:

Há 10 dias da declaração de transmissão comunitária do novo coronavírus na cidade, todos os funcionários foram demitidos e contratados alguns dos antigos profissionais e novos trabalhadores por uma empresa pública, a RioSaúde. Desde a inauguração desta unidade, em 2011, a gestão era realizada por uma mesma organização social (130).

A escassez de trabalhadores da saúde por conta de afastamentos de curta e longa duração, por pertencerem a grupos de risco, por covid-19 ou devido a outras causas (incluindo aumento exponencial de transtornos de saúde mental), foi sentida nas unidades da APS, sobretudo naquelas onde a incompletude de equipes já se apresentava como fator limitante à produção de serviços (86). Essa conjuntura fragilizou os profissionais de saúde e agravou ainda mais os problemas de acesso, gerando desassistência e precarização do acompanhamento dos usuários na atenção básica.

O ano de 2020 foi marcado pelo fraco manejo e ordenação pela gestão Crivella,

com demora na liberação de documento norteador aos profissionais da APS carioca, fornecimento de EPIs de baixa qualidade e criação de hospitais de campanha. Um dos momentos críticos iniciais foi segregar a disponibilidade de EPI por categoria profissional, não tendo sido infrequente a doação por parte da sociedade civil organizada.

Apenas em janeiro de 2021, já na gestão de Eduardo Paes, é criado o Comitê Especial de Enfrentamento da Covid-19 (CEEC) que organizou e direcionou a resposta da SMS-RJ, com apresentações semanais aos profissionais e imprensa. Na mesma direção, foi iniciada a corrida pela vacina, com o início da imunização em 20 de janeiro de 2021. Ocorria atualização semanal, por vezes diária, dos protocolos de vacina e sequência de idade a ser seguida. Tal dinâmica gerou grandes conflitos com os usuários sobre os critérios quando a faixa etária chegou a abaixo de 60 anos. Houve conflitos para o recebimento da segunda dose para aquelas pessoas que tomaram a primeira dose em outros municípios também. Em paralelo, no mesmo ano, há uma explosão do número de atendimentos nas unidades dada a demanda reprimida fruto de anos consecutivos de greve e a restrição parcial do acesso antes da vacinação.

Em 31 de maio de 2021 foi criado o primeiro ambulatório multidisciplinar pós Covid do estado, no Hospital Universitário Pedro Ernesto. O ambulatório continua em funcionamento ainda em 2024, com fluxo de agendamento a partir da inserção pelos profissionais da APS via plataforma do Sistema Estadual de Regulação.

No período pós pandemia, foi observado o agravamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dos casos de violência e de transtornos de saúde mental. Destaque para aumento da observação de transtornos de desenvolvimento na população pediátrica o que impulsionou o desenvolvimento de fluxos específicos pela SMS-RJ para o cuidado desse grupo de crianças.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender, através das narrativas, a experiência de cuidado dos profissionais de saúde da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro implicados na assistência direta à covid-19 e/ou na gestão da crise sanitária, no caso daqueles que atuam também enquanto Responsáveis Técnicos, nas unidades de saúde no SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contribuir para a reflexão de estudantes e profissionais de saúde sobre dimensões da experiência de enfrentamento da pandemia de COVID-19 por profissionais da APS no SUS.

2. Contribuir para a construção do módulo “COVID-19: profissionais da APS” no *website* DIPEX Brasil.

3. Produzir vídeos curtos, com narrativas da experiência de cuidado da covid-19 por profissionais da APS do município do Rio de Janeiro .

4. Disseminar os vídeos produzidos através da plataforma do DIPEX Brasil (<http://www.narrativasesaude.ccs.ufrj.br>).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo exploratório.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi conduzido na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.

4.3 PARTICIPANTES

Como categorias profissionais a serem entrevistadas, foram escolhidos os médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, lembrando que estes últimos são exclusivos da APS. Os participantes foram selecionados de forma intencional, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, procurando incluir participantes que fossem fontes de informação ricas, permitindo alcançar a complexidade da questão estudada.

- **Critérios de inclusão:** profissionais médicos, enfermeiros ou agentes comunitários de saúde da APS carioca implicados no cuidado presencial de pessoas com covid-19 que, após serem devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, tiveram interesse em participar.

- **Critérios de exclusão:** profissionais médicos, enfermeiros ou agentes comunitários de saúde da APS carioca que foram remanejados para o trabalho *online* ou para outro nível de atenção em saúde durante a Pandemia Covid-19 ou que não trabalharam durante o período de declaração da Pandemia Covid-19 ou não possuíam acesso aos dispositivos tecnológicos para a realização da entrevista.

A seleção dos participantes procurou alcançar a máxima variação, conforme preconizada pelo método DIPEX, procurando participantes que permitissem cobrir um amplo espectro de posições e perspectivas com relação ao problema estudado, nisto incluídas diferenças de classe social, gênero, etnia, idade e profissão. O recrutamento seguiu procedimentos inspirados no método bola de neve (*snowball sampling*), que utiliza cadeias de referência nas quais os pesquisadores, por meio de suas redes de contatos, acionam informantes-chave ou sementes, que podem ser entrevistados e/ou franquear acesso a pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro de suas redes de contato, que podem ser entrevistadas. As pessoas indicadas pelas sementes podem indicar novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente. Dessa forma, o quadro de

participantes pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador, buscando alcançar a saturação temática e a máxima variação. É importante procurar acessar informantes-chave vinculados a redes diversas, aumentando a possibilidade de acessar participantes que produzam uma variedade mais ampla de narrativas (114, 115).

4.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

As experiências dos profissionais de saúde que tiveram ou não covid-19 foram narradas através de entrevista semiestruturada individual com um pesquisador que teve, portanto, um conjunto de perguntas para ajudar ao entrevistado a produzir o seu relato. A participação foi voluntária, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, e ampla autonomia dos participantes para responder às questões e introduzir outros temas. As entrevistas foram gravadas em vídeo ou áudio, de acordo com a preferência do entrevistado, transcritas e lidas integralmente. Foram entrevistados profissionais de saúde que atuaram na linha de frente, de modo remoto, usando plataforma confiável de elevado grau de *streaming* de áudio e imagem (aplicativo Zoom Meeting®).

Foi usado o conceito de saturação para determinar o número final de entrevistas. Trata-se de uma ferramenta conceitual que se refere a suspensão da inclusão de novos participantes, definindo assim o tamanho final da amostra, a partir da avaliação pelo pesquisador de que os dados obtidos passam a apresentar certa redundância (116).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as entrevistas realizadas foram objeto de uma análise temática. Esta é considerado um método para identificar, analisar e interpretar padrões de significado (“temas”) dentro de dados qualitativos. Fornece procedimentos sistemáticos para a geração de códigos e temas a partir dos dados qualitativos coletados. Códigos são as menores unidades de análise que capturam informações potencialmente relevantes para a questão de pesquisa. São considerados blocos de construção dos temas. Estes são padrões maiores de significado que são sustentados por um conceito central. Os temas fornecem uma estrutura para organizar e relatar as observações analíticas do pesquisador. O objetivo da análise temática é identificar e interpretar as características principais dos dados, guiadas pela questão de pesquisa, a qual pode evoluir ao longo do processo de codificação e desenvolvimento do tema (132). A análise temática

acontece em seis fases, resumida no quadro abaixo:

Quadro 4: fases da análise temática

Fase	Descrição
1) Familiarização com os dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco de dados; anotar ideias iniciais durante o processo.
2) Gerando códigos iniciais	Codificar aspectos interessantes dos dados de modo sistemático em todo o banco; reunir extratos relevantes a cada código.
3) Buscando temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
4) Revisando temas	Checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.
5) Definindo e nomeando temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.
6) Produzindo o relatório	Fornecer exemplos vívidos; realizar a última análise dos extratos escolhidos na relação com a pergunta de pesquisa e literatura; fazer o relato científico da análise.

Fonte: Seidl et al., 2021.

Foi utilizado o software MAXQDA® versão 2022 como ferramenta para organização dos fragmentos das entrevistas em cada tema. Os eixos temáticos foram organizados e reorganizados em confluência com os achados, na tentativa de trazer à tona as semelhanças e as diferenças e, às vezes, pontos de vista conflitantes, em consonância com o quadro teórico construído. Desse trabalho, emergiram as categorias de análise. Com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. A exploração do material consistiu em etapa importante, porque possibilitou a riqueza das interpretações e inferências. O material textual coletado foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos, que nos deram escopo para melhor compreender criticamente o sentido das narrativas, seu conteúdo manifesto e latente ou suas significações explícitas e implícitas.

Após a análise temática das entrevistas, as partes das entrevistas que se relacionaram a temas que os pesquisadores consideraram importantes e úteis para o compartilhamento virtual foram apresentadas aos entrevistados de modo a que eles autorizassem ou não a publicação no website. A autorização foi de acordo com as normas éticas em pesquisa envolvendo seres humanos do sistema CEP/CONEP. Assim, no website temos os resultados da pesquisa sobre a experiência de profissionais que estão sendo publicados em um formato acessível para que seja útil

à população em geral, estudantes e profissionais de saúde. O conhecimento gerado a partir da experiência e da pesquisa pode ter mais valor se for colocado em prática. A necessidade de garantir que a pesquisa seja efetivamente traduzida em políticas e boas práticas é essencial para permitir o melhor enfrentamento dos problemas que afetam a saúde das pessoas, em especial uma pandemia. Garantir o uso de pesquisas e evidências na gestão, na política e na tomada de decisões dos sistemas de saúde é um desafio importante neste século (118).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as 27 entrevistas foram gravadas em áudio e/ou vídeo, de acordo com a preferência dos participantes, os quais assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Termo de Autorização de Imagem e/ou Voz e a ficha sociodemográfica com informações sobre o participante, todos documentos aprovados pelo CEP FM/HUCFF UFRJ em 29/06/2020, CAAE 31450720.9.0000.5257. Os participantes tinham conhecimento, que ao preencher e assinar a documentação citada, sua experiência contribuiria não só para esta dissertação acadêmica como para o módulo “Covid-19 APS” do *website* <http://www.narrativasesaude.ccs.ufrj.br>, onde se dá a disseminação dos resultados desta pesquisa em formato acessível para o público leigo e pessoas em formação da área da saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistados 27 profissionais da APS do Rio de Janeiro, sendo 9 ACS, 9 enfermeiros e 9 médicos de família e comunidade. Em relação às áreas programáticas de atuação na época de realização das entrevistas, foram entrevistados 7 profissionais da AP 2.2, 6 profissionais da AP 4.0, 5 profissionais da AP 3.3 e da AP 2.1, 2 profissionais da AP 3.1 e 1 profissional das AP 1.0 e 5.1.

No que tange a caracterização sociodemográfica dos participantes: 20 eram do sexo feminino, sendo destas 7 ACS, 8 enfermeiras e 5 médicas; 7 do sexo masculino, sendo destes 2 ACS, 1 enfermeiro e 4 médicos. A faixa etária variou de 25 a 57 anos entre todos os participantes. No que se refere a autodeclaração de etnicidade: entre o grupo de ACS, 3 se declararam como brancos, 4 como pardos e 2 como pretos; entre o grupo de enfermeiros, 4 se declararam como brancos, 2 como pardos e 3 como pretos e entre o grupo de médicos, 6 se declararam como brancos, 2 como pardos e 1 como amarelo. Relativamente ao status de relacionamento, a maioria dos entrevistados (21 participantes) referiu ser casado(a) ou em união estável enquanto 7 participantes sinalizaram serem solteiros(as). A respeito de terem ou não filhos(as), 6 ACS, 2 enfermeiros e 3 médicos responderam positivamente.

Os participantes eram majoritariamente originários da região sudeste, sendo apenas uma enfermeira e uma agente comunitária de saúde que se declararam oriundas da região nordeste.

Até o momento da realização das entrevistas, 22 participantes já tinham tido adoecimento por COVID-19 e 5 ainda não, com distribuição quase uniforme entre as categorias conforme o quadro 4.

No que concerne ao nível educacional, foi identificada uma variedade de respostas, descritas a seguir: entre os ACS, 5 possuíam ensino médio completo e 4 estavam cursando ensino superior. Entre os profissionais de enfermagem, 3 possuíam o título de especialista obtido pela residência em enfermagem de saúde da família, 2 estavam cursando mestrado, 1 apresentava doutorado completo e 4 detinham outras especializações. Na categoria dos médicos, todos os 9 participantes possuíam título

de especialista pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, destes 5 estavam cursando mestrado e 1 já possuía o título de mestre em APS. Quanto aos anos de experiência desde a conclusão da graduação, a variação se deu entre 05 e 34 anos na categoria do(a)s médico(a)s e entre 05 e 16 anos na categoria do(a)s enfermeiro(a)s. Entre os ACS, a experiência de trabalho na APS variou de 3 a 13 anos. No tocante ao status empregatício, que no contexto da presente pesquisa é entendido como a carga horária contratualizada, todos os profissionais ACS e de enfermagem possuíam jornadas de 40 horas semanais. Entre os profissionais de medicina, 3 tinham contrato de 20 horas semanais e 6 de 40 horas semanais. Todos os profissionais entrevistados eram contratados por Organizações Sociais de Saúde em regime celetista. No MRJ, com o objetivo de reduzir a vacância em unidades básicas de saúde de difícil fixação, a SMS-RJ trabalha com vagas de 20h e 40h semanais na APS para os profissionais médicos.

Importante destacar que dentre o grupo de entrevistados alguns médicos e enfermeiros também possuíam o cargo em suas respectivas unidades de responsáveis técnicos. No MRJ, toda unidade de atenção primária possui um profissional médico e de enfermagem com esse cargo. O responsável técnico trabalha em conjunto com o gerente – no caso das clínicas da família – ou com o diretor – no caso dos centros municipais de saúde – e com ambos nas unidades de modelo misto. Estes profissionais compõem a gestão local e têm como alguns dos principais papéis o apoio à organização e interlocução com a CAP, a educação permanente e a liderança dentro de suas unidades de saúde. Nesse sentido, os responsáveis técnicos tiveram papel extremamente importante na gestão da crise sanitária advinda pela pandemia covid-19.

Em termos de distribuição das entrevistas por ano de realização: 5 entrevistas foram realizadas em 2020, 10 no ano de 2021, 3 no ano de 2022, 5 no ano de 2023 e 4 no ano de 2024.

Quadro 4 – Características sociodemográficas até o momento da realização da entrevista por categoria profissional e distribuição por ano de realização das entrevistas.

Categorias	Características	ACS	Enfermeiros	Médicos	Total N=27
Gênero	Feminino	7	8	5	20
	Masculino	2	1	4	7
Faixa etária (em anos)	20 – 30	3	1	5	9
	31 – 40	3	7	3	12
	>41	3	1	1	5
Etnicidade	Branco	3	4	6	12
	Pardo	4	2	2	8
	Preto	2	3	0	5
	Amarelo	0	0	1	1
Status de relacionamento	Solteiro(a)	1	4	1	6
	Casado(a)/ união estável	8	5	8	21
Filhos (as)	Sim	6	2	3	11
	Não	3	7	6	16
Adoeceu de COVID	Sim	7	8	7	22
	Não	2	1	2	5
Nível educacional	Ensino médio	5	-	-	5
	Ensino superior incompleto	4	-	-	4
	Residência em ESF/MFC	-	3	9	12
	Outras especializações	-	4	0	4
	Mestrado em curso	-	2	5	7
	Mestrado completo	-	0	1	1
	Doutorado completo	-	1	0	1
Anos de experiência desde a conclusão da graduação (MFC E ENF); Anos de experiência na APS (ACS)	5-10	5	6	8	14
	11-15	2	2	0	2
	>16	-	1	1	2
Status empregatício (carga horária)	Meia jornada (20 horas)	0	0	3	3
	Tempo integral (40 horas)	9	9	6	24

Ano de realização da entrevista	2020	3	0	2	5
	2021	0	4	6	10
	2022	0	2	1	3
	2023	3	2	0	5
	2024	3	1	0	4

Fonte: elaborado pela autora.

5.2 ANÁLISE TEMÁTICA DAS NARRATIVAS

Na análise temática das narrativas foram encontrados os seguintes temas emergentes:

Quadro 5 – Lista de temas final após conclusão da análise temática

Lista de temas

1. Vivendo o início da pandemia

2. Ondas da covid

2.1 1ª onda (fevereiro/2020 a julho/2020)

2.2 2ª onda (novembro/2020 a abril/2021)

2.3 3ª onda (dezembro 2021 a maio 2022)

2.4 Entre as ondas

3. Os processos de trabalho da APS na pandemia

3.1 EPI insuficiente/suficiente

3.2 Covid grave

3.3 Casos de covid não grave e casos de não covid (“porta aberta – porta fechada”)

3.4 Covid longo

3.5 Protocolos, prescrições e demandas por medicamentos

3.6 Consultório na rua

3.7 Ensino/atividades acadêmicas

3.8 Presença de diferentes classes sociais no SUS

3.9 Sobrecarga de trabalho

3.10 Ressignificando a prática profissional individual/coletiva

4. Efeitos da pandemia no território

5. Contexto/ implicações políticas/ *fake news*

6. Testagem

7.Vacinação

7.1 escolhendo a vacina (*sommelier* de vacinas)

7.2 desconfiança das vacinas

7.3 conflitos na vacinação

Fonte: elaborado pela autora.

Nas próximas páginas, são apresentados os temas que emergiram da análise, ilustrados pelas falas dos profissionais de saúde, contextualizadas ao cenário da pesquisa. O pânico do início da pandemia frente as suas incertezas, as ondas vividas ao longo dos últimos quatro anos, o impacto nos processos de trabalho e no território, as grandes etapas de testagem e da campanha de vacinação são alguns dos destaques feitos pelos entrevistados. De modo interessante, o tema covid longo foi abordado apenas por uma das profissionais suscitando a dúvida da prevalência deste diagnóstico na APS do Rio de Janeiro, embora não tenha sido esse o objeto de estudo da presente dissertação.

5.2.1 Vivendo o início da Pandemia

O início da Pandemia Covid-19 foi marcado por sentimentos de muita incerteza em relação ao desconhecido e adaptações imediatas pelas equipes de saúde frente ao novo cenário epidemiológico. A subestimação inicial da gravidade da Covid-19 foi um fenômeno que levou a atrasos significativos na resposta e na preparação (71, 72). Este erro de julgamento provavelmente foi fruto da falta de informação e compreensão sobre o vírus, levando muitos a considerá-lo uma doença sazonal. À medida que a pandemia evoluía e mais dados surgiam, tornou-se evidente que a covid-19 possuía taxa de mortalidade maior do que a da gripe (16, 17, 18). As consequências deste atraso foram observadas em sistemas de saúde sobrecarregados, altas taxas de infecção e um rápido aumento da mortalidade (28). Uma profissional da saúde relembra uma reunião geral no início da pandemia, onde todos estavam assustados, mas ela minimizou a situação, chamando-a de "mais uma gripe". No entanto, rapidamente todos perceberam a gravidade da situação e tiveram que lidar também com a falta de EPIs, improvisando proteções: "tentando encontrar uma forma de redução de danos" (MFC Clara Antunes - OUT/22).

[...] volta e meia, eu me pego pensando, gente, eu falava que era uma gripe, mas não foi uma gripe. O desfecho disso foi algo muito maior do que uma gripe. [...] E conforme foram passando os dias, a gente pensando em estratégias de contenção, plano de ação na Unidade, como vai ser feito o atendimento para diminuir as chances de contaminação, o fato de não ter EPI adequado para os profissionais, tantos para os do atendimento direto, enfermeiro, médico, técnico, quanto dos próprios agentes comunitários, seguranças, faxineiros e tudo mais (MFC Clara Antunes - OUT/22).

Os profissionais narraram a falta de EPI adequado ou dificuldades em lidar com o EPI, seja em se paramentar e desparamentar, seja nos vários momentos do cotidiano, como se alimentar, beber água ou mesmo ir ao banheiro. A escassez destes equipamentos foi um dos problemas mais críticos enfrentados pelos profissionais de saúde durante a pandemia (26, 48, 48, 50, 56). Algumas equipes, no início compraram com o próprio dinheiro os seus EPIs. A distribuição dos EPIs não foi igual para todos os profissionais. Alguns agentes comunitários de saúde (ACS) se sentiram desfavorecidos e expostos.

Eu me sentia desprotegida, literalmente, e com medo. Como sou profissional da saúde, e ainda mais por ser ACS, eu me sentia muito desmerecida. “Você é ACS, não está em contato direto com paciente. Então, você não precisa se proteger”. Não é assim: eu sou um ser humano antes de ser ACS” (ACS Mayara - AGO/20).

A pandemia expôs as vulnerabilidades e limitações dos sistemas de saúde em todo o mundo (55). Profissionais falam dos poucos recursos para atender os pacientes e do adoecimento por covid dos próprios colegas neste início da pandemia. As narrativas destacam a pressão emocional enfrentada pelos profissionais de saúde, muitas vezes pelo sentimento de impotência diante da falta de recursos, da rápida disseminação do vírus e do pouco conhecimento da doença: “chegavam muitas pessoas adoecidas para a gente atender e muita das vezes a gente não tinha EPI, não tinha é... um... um cateter O2 para ofertar oxigênio” (ENF Caroline Teixeira - MAI/21).

Médicos e enfermeiros se revezavam na porta de entrada para avaliar o fluxo de pacientes que chegava. Havendo sintomas, o paciente era encaminhado para a sala preparada para os atendimentos de síndrome gripal, possivelmente covid. Os outros pacientes tinham sua entrada na unidade cerceada pelo risco de contaminação, e era feito para eles o que era possível naquelas circunstâncias: “mais do que atender

as infinitas pessoas com covid, [...] era muito pesado a gente ficar na porta recebendo as pessoas e dizendo não” (MFC Clara Antunes - OUT/22).

Houve profissionais que ficaram trabalhando mais internamente na Unidade, mas houve também profissionais que foram para o território, seja na realização de busca ativa de informações, seja na distribuição de cestas de alimentos doadas. Tais esforços de apoio comunitário ilustram o impacto social mais amplo e as responsabilidades adicionais assumidas pelos profissionais de saúde, os quais foram além das suas atribuições típicas para dar suporte aos usuários no território. Os profissionais atuaram como fonte de apoio às famílias, sendo em muitas situações o elo entre pacientes isolados e seus familiares. Algumas narrativas reforçam a importância do envolvimento comunitário e das redes de apoio na resposta às crises de saúde pública (67, 86, 96).

Não deixei de ir para o território, me mantinha dentro da unidade também e ia para rua também. Botava a minha máscara e ia para o território. [...] quando tinha um óbito, o agente já recebia e aí se a família não comparecia, nós íamos. Os casos de internação de pacientes graves que, às vezes, por exemplo, tinha usuário que não tinha família, não tinha ninguém, e ficou internado, e deixou o celular com uma vizinha, e a gente não tinha notícia, não tinha quem fosse na unidade hospitalar e, às vezes, a gente tentava contato e não conseguia. Então, a gente ia na casa da vizinha e ia no território saber se alguém tinha informação para passar, porque tinha saído da Unidade de vaga zero e a gente não tinha informação nenhuma. O pessoal do telemonitoramento ligava e não conseguia falar. Nesse caso, a gente ia para o território também para fazer a busca ativa (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

As pessoas ficaram em casa sem receber, tem muita gente que também trabalha na praia. Ficou sem ter de onde tirar. Muita gente mesmo passando necessidade. E esse auxílio do governo, não foi para todos, nem todos conseguiram pegar. Mas foi difícil, na medida do possível a gente ajudou muita gente. A gente fez cesta básica, a clínica toda se moveu para a gente fazer as doações pela unidade de saúde com ajuda da associação de moradores e alguns comércios que também doavam (ACS Rebeka - AGO/20).

Essa presença e participação ativa dentro dos territórios mais vulneráveis foi explorada em pesquisa realizada no Jacarezinho, Catumbi, Rocinha e Manguinhos, a partir de entrevistas realizadas entre julho e dezembro de 2021. Os pesquisadores concluíram que as ações de identificação e apoio aos mais vulneráveis, atuando na distribuição de cestas básicas, de material de proteção pessoal e higiene, significaram

um impacto positivo frente aos efeitos da pandemia (119).

As relações de cuidado integral e longitudinal levam os profissionais da atenção primária a uma maior proximidade não só com seus pacientes e famílias, mas também com as pessoas conhecidas do território. Quando a covid atinge pessoas conhecidas e, principalmente, quando evolui com gravidade rapidamente, e por vezes leva à morte, o impacto é maior:

[...] quando você olhava, você não identificava, olhando e avaliando sinais de esforço respiratório, mas a saturação estava muito baixa. E aí, ela ficou no suporte 24h até que a ambulância chegou, chegaram várias ambulâncias, a gente tinha que deixar o paciente levando o oxigênio junto, porque a pessoa não conseguia se deslocar até a ambulância. Isso era impactante, eu lembro da cena do corredor da gente indo, e essa se destacou porque foi a primeira, no início do atendimento, que eu soube que chegou na Emergência e não, não resistiu. E quando eu soube, porque ela era muito querida no território, e eu ter ficado ali com ela. Aquilo me marcou. Porque foi muito no início assim. Deu aquele impacto: “o que que a gente tá vivendo?!” (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22)

As experiências traumáticas enfrentadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia foram profundas e duradouras. Os relatos da assistência direta ou indireta a pacientes com dificuldades respiratórias e que evoluíram para o óbito, ilustram o impacto psicológico nos trabalhadores da linha da frente. A lembrança vívida de um profissional de saúde sobre a condição grave de um paciente e a subsequente morte destaca as cicatrizes emocionais deixadas por tais encontros (31, 48-52, 57).

A combinação de estresse emocional e físico sublinhou a necessidade urgente de apoio sistêmico e de recursos para garantir o bem-estar dos profissionais de saúde. A falta de recursos levou os profissionais a tomar decisões e viver situações de grande dificuldade: “...desespero total, para nós, para os pacientes, para os acompanhantes... horrível” (MFC Julia Horita - NOV/21).

5.2.2 Ondas de covid

Uma das formas de análise da pandemia no Brasil é através da contabilização dos números dos casos e de óbitos por covid-19 no país, cuja evolução temporal é marcada por três ondas. As ondas evidenciaram os momentos de maior propagação da doença e ocorreram de forma desigual entre as diferentes regiões do país (120). No Rio de Janeiro, cada onda apresentou características próprias dentro dos processos de trabalho das unidades da APS como ilustrado nas narrativas a seguir.

Um dos marcos do atendimento durante as ondas de covid-19 foi o destacamento de profissionais para atendimento exclusivo de sintomáticos respiratórios e/ou suspeitas de síndrome gripal, independente da testagem, com objetivo de reduzir a circulação de potenciais indivíduos contaminados. Tal dinâmica impactou nos processos de trabalho das unidades básicas de saúde, contribuindo para uma carga de trabalho exaustiva durante a pandemia (56, 60, 110). Apesar de orientações gerais das notas técnicas, cada unidade precisou se adaptar conforme a realidade local de espaço físico e recursos humanos. Com o avançar da campanha de vacinação, foi possível expressar otimismo em relação ao fim da manutenção de um setor exclusivo para o atendimento de síndrome gripal, o que colaboraria para um ambiente de trabalho mais estável e menos estressante. Os profissionais entrevistados em 2021 tinham expectativas quanto a redução significativa no número de internações e óbitos e alguns sugeriram que a covid-19 poderia se tornar uma virose respiratória sazonal, similar à gripe comum, que atinge sua maior incidência nos meses de inverno e que o atendimento é feito pelas próprias equipes.

acho que para os próximos meses se a gente conseguir uma cobertura vacinal boa, eu tenho esperança de que a gente consiga ter um número reduzido de internações e de óbitos, mais do que isso. Talvez o COVID comece a fazer parte, vire mais uma virose respiratória da época do inverno. E eu não acho que a gente vai precisar, por exemplo, destacar um setor só para atendimento de sintomático respiratório. Eu acho que esse tipo de coisa vai acabar voltando para as equipes, como era sintomático respiratório antes da pandemia. Só você não precisar destacar uma pessoa para ficar em função de atendimento COVID da Unidade, eu acho que isso já melhora nossa perspectiva enquanto atendimento dentro da Unidade. (MFC Átila - OUT/21).

Uma ACS descreve o período mais crítico da pandemia como um tempo de intensa demanda e escassez de recursos essenciais. Ela relembra que a procura por testes de covid-19 e por internações hospitalares foi extremamente alta, refletindo a gravidade da situação. Destaca também que um dos aspectos mais alarmantes foi a crise de fornecimento de oxigênio, que se tornou um símbolo da incapacidade dos sistemas de saúde em lidar com a alta demanda de pacientes graves (28). A falta de oxigênio não só aumentou o número de mortes, mas também gerou um sentimento de desespero tanto entre os profissionais de saúde quanto na população em geral (55,57).

A questão que mais me chamou a atenção foi a questão da procura mesmo e de tantas mortes. [...] outra coisa que me chamou a atenção era a procura por teste, mas também por internação, eu acho que foi gritante a procura por internação, nos noticiários a gente só via sobre isso, a gente via a questão da falta de oxigênio, tudo isso me chamou muita atenção, acho que nada foi tão gritante como a falta do oxigênio (ACS Thais Almeida - MAI/23).

Uma enfermeira compartilha uma experiência particularmente impactante, que foi a preparação para lidar com possíveis óbitos na APS. Essa preparação incluiu a recepção de sacos para preparo de corpos, caso ocorressem mortes na unidade ou no domicílio dos pacientes. A presença desses sacos para corpos nas unidades de saúde simbolizou a proximidade da morte de uma maneira muito concreta e tangível, algo que muitos profissionais da APS não estavam acostumados a enfrentar. Trouxe a realidade da pandemia para um ambiente que tradicionalmente não está associado à morte, como as clínicas da família. Na APS, o foco geralmente está na prevenção e no cuidado longitudinal, e não no manejo de óbitos. Essa preparação para o pior cenário possível evidenciou a gravidade da pandemia e a necessidade de estar pronto para todas as situações, por mais difíceis que fossem.

Uma vez que me deixou assim bastante impressionada foi quando houve até a orientação de preparo do corpo, se ocorresse óbito na APS, ali na unidade básica. E aí, aquilo ali, sentindo a morte tão próxima num lugar que não é comum encontrar... na atenção primária, num posto de saúde, na Clínica da Família. Isso porque a gente recebeu o saco mesmo para preparo do corpo e se ocorresse o óbito no domicílio (ENF Tayná - JUN/21).

O ano que eu mais trabalhei foi 2021, não foi 2020. Porque 2020 ainda tinham as restrições, então muita coisa a gente deixou de fazer. Mas 2021, nossa! 2021 deu muito trabalho. Muito trabalho (ENF Débora - DEZ/21).

Em contraste a 2020, progressivamente em 2021, mas marcadamente 2022 trouxe um cenário diferente, marcado pelo avanço da vacinação e uma melhor compreensão do vírus. Com a vacinação em massa, as pessoas começaram a se sentir mais seguras e protegidas. A vacina não apenas reduziu a gravidade dos sintomas, mas também diminuiu a ansiedade generalizada. Uma enfermeira da AP 2.2 destaca que a população começou a buscar atendimento mais prontamente, muitas vezes por precaução ao menor sinal de sintomas, como uma simples coriza.

2020 era tudo desconhecido, então as pessoas muitas vezes, embora elas procurassem o serviço de saúde, elas tinham medo. Eu não conheço a doença, não sei se tem tratamento para aquilo, e a gente tava com índice de mortalidade lá em cima, uma taxa de mortalidade lá em cima. Então, isso também assustava, eu acho que as pessoas quando procuravam, a sua maioria, ou elas realmente estavam preocupadas com os sintomas que elas estavam, ou elas tinham uma preocupação também com os familiares, que tinham ali ao seu lado. [...] Em 2022, a gente já tinha vacina, a gente já tinha conhecimento de como que era a doença, de como que era transmitida, as formas de prevenção... Então, assim, eu acho que a vacina ela também deu um “ah, eu tô, tô com sintomas. Só quero realmente ir lá testar para ver se eu tô, se eu não tenho risco de transmitir para mais ninguém”, mas não... eu acho que tirou um pouco do medo das pessoas, “eu tô vacinada, então de certa forma, eu tô protegido”. Eu acho que essa que foi a grande diferença: no início, a gente tinha um mundo desconhecido que a gente não sabia ao certo de nada. E, depois, a gente conheceu esse mundo que a gente começou a ter uma prevenção, dos sintomas mesmo. Então, as pessoas começaram a ter menos medo e aí começaram a procurar mais. Qualquer coisinha era um motivo, “tô com coriza” já era motivo da pessoa ir lá (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

5.2.2.1 Primeira onda (fevereiro/2020 a julho/2020).

A primeira onda da pandemia Covid-19 foi descrita temporalmente como o período compreendido entre os meses de fevereiro de 2020 a julho de 2020, quando foram notificados 7.677 óbitos semanais (120). Seu pico de mortalidade ocorreu na 30ª semana epidemiológica de 2020 e a principal variante identificada foi a Alfa (120). Os profissionais de saúde destacaram a preocupação pelo desconhecimento e ineditismo do momento envolvido, assim como percepções de insegurança foram recorrentes nas falas. Nesse momento histórico, a principal preocupação nas unidades de saúde foi estruturar e organizar os fluxos para lidar com o desconhecido vírus. A adaptação às normas do Ministério da Saúde e às notas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi essencial para criar um ambiente mais funcional.

O primeiro momento foi a preocupação de algo novo, desconhecido, que a gente precisava entender e estudar, enfim, montar fluxo na Unidade. Então a gente montou um grupo de trabalho para tentar isolar os sintomáticos respiratórios em um determinado local, preocupação com os EPIs. Acho que ficou uma preocupação assim muito operacional de como nós íamos nos estruturar para essa situação nova na atenção primária. Isso é desafiador, mas a gente conseguiu. Acho que... assim, muito alinhado com as normas colocadas pelo Ministério da Saúde e as notas técnicas da cidade do Rio também, a gente inclusive lá na Unidade já pensou um fluxo até antes mesmo da nota (técnica) a gente já tava atento a essas questões. Eu acho que

deu um pouco de segurança para os profissionais, porque a gente fazer uma equipe de resposta rápida, um profissional na frente da Unidade separava já as pessoas, perguntava se tinha algum sintoma respiratório. Eu acho que isso permitiu a gente ter um pouco mais de tranquilidade também, porque a gente isolava os sintomáticos respiratórios. No começo, a gente não conseguia testar as pessoas. (MFC Márcio - OUT/21).

Acho que aquele início em que a gente tinha poucos casos, mas tinha muita insegurança e muitas interrogações. A gente não sabia manejar, a gente não sabia a história natural da doença, a gente não sabia a mortalidade, nem via de transmissão. A gente não tinha máscara. A gente recebia umas máscaras de perfex, sabe? Sem N95. Até hoje na prefeitura do Rio, a gente recebe KN95 e não N95. Então, no momento de muita insegurança do que acontecia, do que estava por vir (MFC Caroline Oka - NOV/21).

A pandemia expôs os profissionais da APS a situações que não fazem parte da rotina habitual de trabalho. Houve necessidade de treinamentos específicos descritos por alguns profissionais assim como a criação de novos protocolos. A escassez de equipamentos de proteção individual adequados, como as máscaras N95, e a improvisação com máscaras de materiais menos eficazes aumentaram a ansiedade entre os profissionais. Em resposta, foram organizados treinamentos emergenciais, como intubação orotraqueal, uma habilidade que tradicionalmente não é necessária na APS, mas que se tornou essencial diante do risco de pacientes gravemente doentes.

Esse primeiro momento, em que a gente estava tão inseguro que a gente teve treinamento na APS de intubação orotraqueal na atenção primária. Teve treinamento de como preparar o corpo, se houvesse óbito no território. Eu tive que fazer uma visita domiciliar de um óbito que teve, para declarar um óbito de uma paciente que a família não sabia se tinha tido covid ou não, mas como tinha um relato de que ela tinha tido falta de ar antes de morrer, eu tive que colocar aqueles macacões de astronauta para visita domiciliar no calor de 40 graus, Rio de Janeiro subindo morro para fazer PCR no corpo. Eram situações inimagináveis! (MFC Caroline Oka - NOV/21).

Por ser o primeiro contato com o sistema de saúde e atuar de porta aberta, as unidades da APS acabaram recebendo pacientes em diversos estágios da doença, incluindo indivíduos graves que necessitavam de suporte avançado. Nestes casos, na cidade do Rio de Janeiro, é acionado o sistema de Vaga Zero, para que o paciente seja removido de ambulância para uma unidade da rede de emergência. Uma MFC

de uma comunidade na zona oeste narra a dura realidade de trabalhar com recursos limitados durante os picos da pandemia. Em muitos momentos, a demanda por suporte de oxigênio excedia a capacidade disponível nas unidades de saúde, resultando em situações de emergência constantes. A falta de espaço adequado forçava os profissionais a encontrar soluções temporárias para acomodar os pacientes. A capacidade de adaptação e a resiliência mostradas pelos profissionais são frutos da dedicação e compromisso dos profissionais de saúde em oferecer o melhor cuidado possível, apesar das limitações severas.

eu lembro que foram muitos, muitos pedidos de vaga zero, muitos, mesmo, de assustar, de falar “meu Deus do céu o que tá acontecendo?!”. Então, a gente tinha uma salinha onde tinha ali o suporte de oxigênio para quem precisava, e naquele dia se esgotou. Tudo o que tinha estava sendo utilizado por alguém, mais maca para pessoa poder ficar deitado um pouco mais confortável, tentar ofertar um conforto para ela até a ambulância chegar. E, assim, você vai conhecendo a história dessa pessoa (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

Eu acho que o pior mesmo, a meu ver, foi a primeira [onda]. Quando a gente teve esses óbitos, a gente ficava sabendo muito dos óbitos das pessoas que vieram a falecer e ainda não tinha a questão da vacinação. Então, acho que a primeira que foi pior porque já na questão da segunda, a vacinação já estava em curso. Acho que como já estava em curso, a gente não teve tantos casos assim em gravidade (ENF Leônidas - MAR/22).

Uma enfermeira descreve casos graves que chegaram a CF, os quais exigiram um nível de prontidão e resposta rápida constante, com a solicitação de Vaga Zero. Tais situações criaram um cenário de estresse contínuo. O relato sobre a pacientes que não retornaram após serem transferidos reflete o peso emocional de lidar com perdas frequentes. A impotência sentida ao ver pacientes não sobreviverem deixou marcas profundas nos profissionais, que estavam na linha de frente enfrentando a covid-19 diariamente (57, 62, 63, 67).

A atuação na comunidade é ressaltada como movimento importante, principalmente no início da pandemia. Ações educativas eram vitais para conter a disseminação do vírus e proteger a população, especialmente em áreas onde o acesso à informação era limitado. A proximidade com o território permitiu que os profissionais de saúde reforçassem a importância das medidas preventivas e criassem um ambiente de cooperação e conscientização. A iniciativa de ir além dos muros da

unidade de saúde e interagir diretamente com a comunidade demonstra o compromisso dos profissionais em promover saúde e minimizar o impacto da pandemia. Esse trabalho de educação em saúde também serviu para fortalecer o vínculo entre os profissionais e a comunidade, criando uma rede de apoio mútua em tempos de crise.

Muitos! Muitos saturando a 69, 70%... Tem que chamar a ambulância correndo, vaga zero, ficar ali do lado, o tempo todo... muitos, muitos, muitos. E não voltaram. Muitos não voltaram. [...] teve uma época que a gente foi para o território, mesmo em época de pandemia, foi maio, junho [2020] alguns residentes da minha equipe. Nós fizemos um protocolozinho/folderzinho, e a gente foi para comunidade conversar, passamos na igreja, passamos em alguns lugares que são referência na comunidade para orientar o uso da máscara, lavagem das mãos, uso do álcool gel, o uso do EPI na comunidade. Nós chegamos a fazer essa rotina, esse processo de trabalho na comunidade (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

A pandemia causou uma desorganização significativa na continuidade do cuidado em saúde a partir da desestruturação e necessidade de remodelamento, durante a primeira onda, dos processos de trabalho da unidade. Devido à necessidade de priorizar apenas os denominados grupos prioritários – como gestantes, menores de 6 meses e indivíduos em tratamento para tuberculose –, muitos pacientes com condições crônicas perderam o seguimento regular. O atendimento dito desterritorializado, ou seja, que não respeitava os territórios das equipes de ESF, também foi uma constante.

começamos a atender só os grupos prioritários isso também foi muito ruim. Nós perdemos o segmento de algumas gestantes, de algumas doenças que a gente faz o seguimento normal. E acabou que a gente perdeu mesmo todo o processo de gerência dessas linhas de cuidado. Ela ficou meio, meio desorganizada. Sem contar que a demanda além de aumentar, nós trabalhamos de uma forma que, para quem está acostumado com a estratégia de saúde da família e você trabalha por equipe na unidade, a gente começou a trabalhar amplo, não tinha equipe. Chegou para ser atendido vai passar, bota na demanda e aí cada um vai puxando independente de ser sua equipe ou não. Isso desestruturou muito também. Porque a questão do vínculo para sua equipe, você conhecer o território, conhecer seu usuário... E isso impactou muito na linha de cuidado de uma forma geral (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

5.2.2.2 Segunda onda (novembro/2020 a abril/2021).

A segunda onda foi descrita temporalmente como o período compreendido entre os meses de novembro de 2020 a janeiro de 2021. Caracterizada por ter sido a mais longa e mais letal, visto que terminou com o triplo de mortos em relação a primeira (120). No Rio de Janeiro, foi marcada por um aumento exponencial no número de atendimentos, início da oferta ampla de testes (32) e concomitante ao início da campanha de imunização, o que na prática teve repercussões importantes na rotina da APS carioca, levando ao esgotamento dos serviços (83). A realidade enfrentada nas CF foi descrita como assustadora, em que os profissionais de saúde se viram sobrecarregados, atendendo um número de pacientes muito acima do que estavam acostumados. Um enorme desgaste físico e emocional nos profissionais é narrado por um médico da AP 3.3. A necessidade de chamar várias ambulâncias em um único dia, algo que antes acontecia raramente, evidenciou a gravidade da situação. O início do ano de 2021 continuou na mesma linha, com a chegada da vacina trazendo um pouco de esperança, mas sem reduzir imediatamente a pressão sobre os serviços de saúde.

no final do ano passado, a gente viveu uma onda importante, porque desde o começo da pandemia, apesar da gente ter passado por muitos momentos assim de muitos atendimentos, final de novembro e início de dezembro [2020] foi um mês assustador assim para a gente, porque mesmo no período mais crítico do começo da pandemia, a gente não tinha vivido o que a gente viveu em novembro. Foi uma elevação da quantidade de atendimentos, a gente passou a atender mais do que o dobro de pessoas que a gente atendeu na pior fase da pandemia no início. Então, novembro do ano passado foi um mês assim bem difícil, novembro, dezembro, fim do ano, foi um fim do ano bem difícil. A gente já entrou janeiro na mesma batida assim, esse ano [2021] foi até pior do que o ano passado em relação ao número de atendimentos, mas aí vem a vacina (MFC Márcio - OUT/21).

essa reflexão chegou muito em novembro do ano passado [2020] que, foi assim, cara, quando a gente achou que foi o pior, o pior momento da pandemia que foi abril e maio, você tava assim meio que deu aquele negócio, assim, “caramba, como é que a gente vai dar conta disso!”, mas quando chega novembro, a gente vê o triplo de casos, e aí eu falo assim “então aquele momento inicial não foi o pior!” Realmente o final do ano passado e o início desse ano, e aí chega a campanha de vacina e os casos de COVID não dão frescos... é, de fato, para mim foi pior. E não foi por uma questão de organização, foi por uma questão de saturação do serviço. Sim, já não tinha mais como ofertar acesso para algumas pessoas assim ou então para a gente ofertar o acesso que a gente conseguiu ofertar a gente teve um custo alto para gente assim enquanto profissional que foi muito desgastante atender assim 50 pessoas em um turno, 60 pessoas no turno. Foi bem difícil, por exemplo, uma segunda-feira que eu precisei chamar 8

ambulâncias, isso é uma coisa que para a gente, eu não chamo 8 ambulâncias em um mês! (MFC Márcio - OUT/21).

quando a gente começou a testar em massa, primeiro com PCR, depois com teste rápido antígeno, a gente começou a ter um volume muito maior de pessoas com sintomas. E aí, aumentou de volume, mas os pacientes não chegavam tão graves, porque quem que antigamente chegava era quem ou já tinha testado em casa e na farmácia e laboratório e precisava de um atestado, um afastamento ou quem já tava com muita gravidade. Então, a gente começou, lógico que a gente recebeu muito paciente com muita gravidade, teve alguns pacientes que a gente regulou e vieram a óbito. Mas aumentou muito volume quando a gente começou a ofertar testagem. E é engraçado que a gente teve casos assim de paciente com plano de saúde, usuário da vida inteira do sistema suplementar que tava com dificuldade de conseguir teste nos laboratórios, daí vinha para a unidade, que a gente estava fazendo teste rápido antígeno que sai na hora o resultado. Então, a gente começou a receber esse público também que não usava o nosso serviço, mas que no boca-a-boca sabia que na Clínica da Família tava testando. Isso aumentou ainda mais o volume de pessoas a serem atendidas e ainda tava no trabalho de unidade pequena. Tava com déficit de profissionais, então tinha essa sobrecarga extra. [...] tinha um momento que eu como a médica tinha que atender, notificar, testar, orientar e ainda atender as demandas da unidade. Ficava uma loucura! (MFC Caroline Oka - NOV/21).

A disponibilidade de testes rápidos atraiu um número muito maior de pessoas, incluindo aquelas com sintomas leves. A testagem em massa também trouxe um novo público: pacientes de planos de saúde começaram a buscar os serviços das unidades públicas. Esse aumento no volume de atendimentos, combinado com a redução em algumas equipes, resultou em uma sobrecarga ainda maior, já que muitos profissionais se viram atuando em múltiplas funções.

nessa segunda onda do meio do ano, quando a gente teve um grande volume de casos e aí pelo esgotamento da rede, essa insegurança de não ter vaga. Se precisasse internar a gente não ter a estrutura, de não ter balão de oxigênio, “balão de oxigênio está acabando” tem que chegar mais, foi bem complicado (MFC Caroline Oka - NOV/21).

Alguns profissionais observaram uma mudança significativa no perfil dos pacientes durante a segunda onda da pandemia. Ao contrário do início, quando os idosos eram a maioria dos atendimentos, naquele momento os pacientes eram majoritariamente jovens, na faixa dos 30 a 40 anos. Essa mudança de padrão dos pacientes indicou uma adaptação à nova realidade da pandemia, mas também exigia

que os profissionais de saúde se ajustassem continuamente às novas dinâmicas e desafios apresentados por essa crise prolongada.

Esse quadro melhorou um pouco já na segunda onda, as pessoas já não estavam dessa forma. Elas “ah estou com COVID, comecei com uma gripe, uma coriza...” E vinham. Não foi uma coisa assim que você observava as pessoas muito temerosas, não sei se porque já tinham algum tempo de pandemia, e as pessoas já estavam já sabendo mais ou menos da situação, mesmo vendo a quantidade de óbitos e tudo. Mas você via mais as pessoas mais jovens, nos seus 30/40 anos, não tinha mais tantos idosos, como víamos no começo. E as pessoas não estavam tão abaladas assim, como no começo. E família, a gente recebia famílias: mãe, pai, tia, tio, todo mundo chegando para fazer a avaliação (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

5.2.2.3 Terceira onda (dezembro/2021 a maio/2022).

A APS enfrentou uma carga de trabalho imensa, exacerbada por sucessivas ondas de Covid-19 e o surgimento de novas variantes. A terceira onda da pandemia Covid-19 foi descrita temporalmente como o período compreendido entre os meses de dezembro de 2021 a março de 2022, tendo seu pico sido em janeiro de 2022. Foi marcada pela presença da variante denominada Ômicron e foi a que apresentou a curva mais elevada de número de casos, porém, representou o menor número de internações e óbitos, refletindo a efetividade da vacinação contra covid-19 (120). Dessa forma, foi notado que a maior parte dos casos foi notificada e atendida pelas unidades da APS significando intensa sobrecarga dos serviços.

Uma médica da AP 4.0 descreve que os profissionais de saúde se sentiram "afogados" pela demanda excessiva. O volume de pacientes aumentou drasticamente, e a responsabilidade pela triagem, testagem, e cuidados recaiu principalmente sobre a APS. A necessidade de resiliência era constante, e a sensação de estar sempre um passo atrás, com mais responsabilidades se acumulando, fez com que os profissionais sentissem um peso esmagador em suas funções.

Atender o paciente com você fazendo teste, sabendo o que é Covid, as pessoas vacinadas. Eu lembro na época da influenza, a gente testava as pessoas e os testes todos vindo negativos e as pessoas com sintomas muito parecidos (MFC Clara Antunes - OUT/22).

foi um momento de exaustão extrema, porque a gente já tinha passado por meses vivenciando essa dinâmica, e a gente já tava afogado no meio de tanta demanda e parece que vem mais um caminhão de água por cima da gente, nos afogando ainda mais. A atenção primária é um repositório de tudo, então é complicado, porque tudo recai sobre nós

de alguma forma e o modo como os profissionais da atenção primária tiveram que ser resistentes e resilientes em janeiro, acho que só quem vivenciou que sentiu de fato a sobrecarga mesmo (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

eu lembro, foi logo depois do Réveillon, se eu não me engano, que foi aquela chuva, era muita gente, era muita gente positivo, foi aquele, aquele surto. Eram filas e filas, mas não tinha tanta gravidade. Foram sintomas, pelo menos assim, na minha Unidade, mas foi assim, foi muita gente, muita gente mesmo, de filas, assim, quilométricas, mas assim, que não teve tanta gravidade (ACS Letícia - MAI/23).

A testagem em massa tornou-se uma prática essencial durante os picos da pandemia, especialmente com a disseminação rápida de variantes como a Ômicron. Isso transformou as CF ou CMS em centros de triagem crítica e apoio integral, onde os profissionais de saúde não apenas administravam testes e vacinas, mas também faziam o acolhimento dos usuários. A logística de manejar grandes volumes de pessoas, garantir que todos fossem atendidos com eficácia, e assegurar que os dados fossem processados corretamente foi um desafio diário que exigiu uma coordenação e organização excepcionais dos profissionais.

a gente tinha dias de fazer duzentos e poucas testagens, trezentas. [...] A gente tinha famílias que chegavam aqui e todos eles testavam positivos. Então a gente chegou a ter cinquenta, 50, 60, 70 pessoas positivas. Então, assim, foi um número muito grande de atendimentos. A gente teve atendimento de pacientes que saíram de vaga zero, chegaram, testaram positivo, e eles estavam muito debilitados mesmo. E a gente foi uma porta aqui de grande importância para eles nesse acolhimento, não só da vacina, mas na testagem também (ACS Daiane - JAN/24).

As unidades de saúde tiveram que se adaptar rapidamente às novas demandas impostas pela pandemia. Uma enfermeira da AP 2.2 narra como a estrutura da sua unidade foi completamente reconfigurada para lidar com o aumento na testagem e atendimento de pacientes com Covid-19. Consultórios foram transformados em centros de testagem, salas destinadas a outras funções foram redirecionadas para atendimento de casos não covid-19, e os fluxos de trabalho foram alterados para maximizar a eficiência na triagem e tratamento. Essa flexibilidade estrutural foi imposta pela necessidade de responder ao volume crescente de casos. A capacidade de transformar espaços rapidamente e redirecionar recursos humanos e materiais foi crucial para manter a funcionalidade das unidades de saúde. Entretanto, essa

reconfiguração contínua também contribuiu para o cansaço dos profissionais, que tiveram que lidar com um ambiente de trabalho em constante mudança, além da pressão emocional e física imposta pelo volume de atendimentos.

Fomos nos adaptando no decorrer do caminho, tivemos altos e baixos e, em 2022, nós tivemos de novo um pico com a Ômicron. E aí eu acho que foi até pior do que no início mesmo de 2020, porque 2020 conseguia controlar tudo numa sala. Ficava cheio? Ficava. Teve época que a gente atingiu quase 200 atendimentos no dia, mas com a Ômicron passava disso, de atendimento por dia, então, tivemos que inverter todos os setores. O que era consultório virou testagem de Covid e o que era ultrassom, que era sala de endemias, que era de reunião, de administração virava consultório. Então, eu acho que com a Ômicron foi assim maior e foi o momento que a gente também teve mais profissionais afastados, então era um desgaste muito grande dos profissionais que estavam ali (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

Não apenas a infraestrutura das unidades de saúde foi afetada, mas também houve um impacto profundo nas equipes de profissionais por conta do afastamento de muitos profissionais devido à alta transmissibilidade do variante Ômicron. Consequência disso foi a sobrecarga daqueles que permaneceram em serviço. Com equipes reduzidas, a carga de trabalho aumentou exponencialmente, levando a um desgaste extremo entre os que permaneciam. A frustração era agravada pela percepção de retrocesso, apesar dos esforços contínuos e das adaptações realizadas. Além disso, o impacto emocional de ver colegas adoecerem e a necessidade de preencher essas lacunas enquanto lidavam com um número crescente de casos novos contribuiu para um esgotamento psicológico e físico significativo. A pandemia testou os limites da resiliência das equipes de saúde, exigindo uma capacidade extraordinária de adaptação e perseverança.

Em 2020, a gente não tinha a questão da vacina. Demorava o atendimento, às vezes até demorava, mas na época da Ômicron, em 2022, que a gente tinha pessoas até já com reforço da vacinação, nós tivemos um número muito grande de casos novos e de positivos. Então, assim, foi meio que assustador nesse sentido: cara, tem que mudar todo o fluxo de novo e eu acho que tava todo mundo já cansado, dois anos na mesma coisa, aí a gente falando a mesma coisa, e parecia que não tinha uma conscientização da população, o que leva mais ainda ao desgaste dos profissionais que estão ali. Então, a gente se via assim: era um passo para frente e dois para trás e quando a gente inverteu era isso, nós tínhamos oito consultórios que viraram oito pontos de coleta de Covid, e a gente mesmo tendo oito profissionais, dezesseis, porque a gente ficava em dupla na maioria

das vezes, tinha dias que como o pico era muito grande, a gente tinha gente esperando três horas mais ou menos para poder fazer o teste. E a gente teve mais uma vez que bloquear essa continuidade do cuidado, que a gente tem muito presente na Estratégia, bloquear novamente os atendimentos, restringir, realmente saber o que que é prioridade e o que não é naquele momento. Enfim, foi basicamente isso, mas eu acho que o início ele deu mais medo. Porque a gente desconhecia, mas a Ômicron acho que ela trouxe um desgaste muito maior. Os profissionais, como o potencial de contaminação era maior, acabava que os poucos que ficavam, acabavam sobrecarregados com o trabalho que era para ser dividido para muitos (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

O dilema de continuar com cuidados regulares versus priorizar a resposta à Covid-19 criou um cenário onde a continuidade do cuidado foi comprometida, necessitando de decisões difíceis sobre o que deveria ser considerado prioritário. Essa situação exigiu um equilíbrio delicado entre responder à crise imediata e manter o suporte para outras condições de saúde, refletindo a complexidade e o desafio contínuo enfrentado pelos profissionais na linha de frente.

5.2.2.4 Entre as ondas

No intervalo entre as chamadas ondas da pandemia Covid-19, as unidades e equipes tentaram se reestruturar. Ao mesmo tempo, foram notados novos perfis de pacientes acessando as unidades para atendimentos que não eram sobre síndrome gripal.

Um médico da AP 3.3 narra um período entre a segunda e terceira onda de redução importante na quantidade de atendimentos relacionados a sintomas respiratórios, com testes negativos para covid-19 e indicando a presença de outros vírus respiratórios como resfriados e gripe. Tal mudança foi tamanha que permitiu que as unidades de saúde retomassem suas atividades normais, conforme orientado pela SMS-RJ em outubro de 2021, na tentativa de retomar o cuidado de outras condições de saúde negligenciadas durante os períodos mais críticos da pandemia. Doenças crônicas, transtornos mentais, e o impacto da fome e do luto, são apontados como áreas críticas que requerem atenção contínua.

eu acho que a gente tá vivendo nesse momento um período mais tranquilo. Nessas últimas três semanas [setembro 2021], a gente viu de fato uma redução bem importante da quantidade de COVID. Para ter uma ideia, assim, estava atendendo há três semanas atrás uma média de 24 pessoas por turno lá na parte só dos sintomáticos respiratórios. Na semana passada, a gente estava por volta de 13

atendimentos por turno, então ainda é uma quantidade de atendimento razoável e considerável, mas para uma população adscrita do nosso território de 20 mil pessoas, que é o que a gente tem mais ou menos de pessoas, acho que é um quantitativo razoável. (MFC Márcio - OUT/21).

A gente tá numa nova fase, a gente vai entrar em uma nova fase da campanha de vacina, tá começando a dar um pouco mais de frescor em relação ao COVID. A partir dessa data de 1º de outubro [2021] a recomendação aqui da gente é que já volte às atividades normais nas unidades de saúde. [...] é importante a gente cuidar de pessoas com COVID, mas as pessoas também sofrem na tuberculose, sofrem com violência, com transtorno mental, hipertensão, diabetes, enfim de tudo mais. Só acho que agora a gente tá vendo as pessoas sofrerem com fome, sofrerem porque estão em luto. A tripla carga de doença que aumenta, vira quatro cargas de doença (MFC Márcio - OUT/21).

Durante o período entre as ondas, foi possível reavaliar a escala de trabalho e reintegrar os enfermeiros de volta aos consultórios. Isso proporcionou uma oportunidade para as equipes retomarem a vigilância das linhas de cuidado. No entanto, essa tranquilidade foi temporária, pois no final do ano de 2021, os casos começaram a aumentar novamente, especialmente em novembro e dezembro, forçando uma nova intensificação das medidas de resposta à pandemia. Essa oscilação entre períodos de alta e baixa demanda impôs um ciclo de ajustes constantes na força de trabalho e nas estratégias operacionais das unidades de saúde, evidenciando a necessidade de uma gestão flexível e adaptável para enfrentar as flutuações da pandemia.

Diminuiu um pouco [entre agosto e outubro de 2020], nós até fizemos uma reorganização da escala, aí os enfermeiros saíram um pouco da sala do COVID para tentar voltar para os consultórios, tomar pé do que tava acontecendo enquanto estava tranquilo. Diminuiu equipes atendendo. Enfim, houve uma tranquilidade. Depois no final do ano foi que começou a crescer de novo começou a aumentar o número de casos em dezembro, novembro, mais ou menos aí começou tudo de novo (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

A gestão de algumas linhas de cuidado, particularmente gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos, muitas vezes se limitava à renovação de receitas, sem a possibilidade de uma abordagem mais individualizada. Isso resultou em uma descompensação significativa das condições crônicas de muitos pacientes. Além disso, a saúde mental emergiu como uma área crítica, com um aumento considerável

de pessoas buscando tratamento para transtornos mentais devido ao impacto da pandemia. A perda de empregos, morte de parentes, e outras consequências emocionais associadas à Covid-19 levaram a um aumento nos casos de depressão, ansiedade e outros transtornos mentais, intensificando a demanda por serviços de saúde mental. A violência doméstica também registrou um aumento preocupante, adicionando mais uma camada de complexidade para os profissionais de saúde (46, 47, 49, 50, 52).

a preocupação maior eram as gestantes, as crianças e os hipertensos, diabéticos, pacientes com risco cardiovascular mais avançados, grau 2, grau 3. Esses, a gente ia atendendo assim: renovando receita e "tchau e benção". Não tinha como fazer um atendimento mesmo. E aí, quando a gente foi tomar pé, nossa senhora! Tinha muita gente descompensada, sem contar a questão da saúde mental que aumentou muito. Muita gente começou acessar por conta da saúde mental. Perda do emprego, perda do parente isso tudo desorganizou várias famílias. Muitas! E aí, a quantidade de usuários que começaram a fazer tratamento medicamentoso, terapia, acessar mais a unidade, foi muito gritante. E a gente não estava dando conta dos nossos pacientes crônicos, hipertensos, diabéticos. E aí, entrou mais esse grupo que aumentou demais, muita gente nova, que você chegava assim, fazendo um atendimento comum, usuário hipertenso, e ele começava a chorar na sala. "Eu perdi meu emprego" "eu perdi meu parente" "eu perdi um amigo" "meu casamento não tá bem depois do COVID" ou "eu sofri violência". Número de violências também aumentou muito. Como está até hoje essa situação da violência e da saúde mental (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

Uma enfermeira da AP 5.1 observa que, embora a situação tenha melhorado consideravelmente em comparação com os picos anteriores, a Covid-19 ainda persiste de alguma forma na comunidade ainda em 2024. O contraste entre a situação atual e o passado recente cria um sentimento de alívio misturado com a cautela, à medida que a Covid-19 continua a ser uma preocupação, mesmo que em uma escala menor. Necessária vigilância contínua e um sistema de saúde preparado para lidar com possível reemergência de casos, enquanto se ajusta para retomar e sustentar as atividades normais de atendimento dos usuários.

os vestígios ainda têm, ele ainda tá. É, mas ele está entre nós de alguma forma. É, então assim, eu falei, gente, é complicado. Mas é estranho quando a gente vê três casos positivos, que antigamente eram 50, 100 positivos num dia. Hoje [01/2024], a gente não quer ver mais (ENF Luciana - JAN/24).

5.2.3 Os processos de trabalho da APS na Pandemia

O processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, em que indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde (121).

Um dos grandes desafios que a pandemia Covid-19 impôs aos profissionais de saúde da APS do Rio de Janeiro foi quanto à organização dos seus processos de trabalho. Desde a organização física das unidades, com separação de salas e espaços para atendimento e posterior testagem até quais e como os profissionais realizariam esses atendimentos. Como equilibrar a oferta dos demais serviços como aplicação de medicamentos, curativos, vacinação de rotina e atendimentos médicos e de enfermagem dos grupos prioritários a um novo cenário de distanciamento e potencial contaminação.

Em Portugal, onde o sistema de saúde também é público, e o modelo de APS adotado é denominado de Cuidados de Saúde Primários, foram identificados como pontos emergentes em relação aos processos e condições de trabalho na pandemia: a sobrecarga de trabalho, somando as demandas das estratégias para o enfrentamento à pandemia de covid-19, a dinâmica de atividades usuais da APS, a escassez de recursos humanos para as ações em saúde no contexto pandêmico e até a falta de insumos e EPIs no início da pandemia em 2020 (68). Tais situações tiveram como consequência um cenário de desgaste importante dos profissionais de saúde portugueses (68).

Os profissionais descrevem suas experiências em áreas programáticas diferentes da cidade e de pontos de vista distintos. Uma ACS da AP 2.1 narra como foi em sua unidade, em que um corredor foi destinado exclusivamente para pacientes assintomáticos, e a triagem inicial era realizada fora das instalações principais da clínica para minimizar o risco de contaminação cruzada. Profissionais ficavam paramentados desde o lado de fora, usando aventais e máscaras, enquanto registravam dados dos pacientes. A área interna tinha um espaço isolado dedicado exclusivamente para a realização de testes de Covid-19. Essa abordagem ajudou a separar os pacientes com sintomas respiratórios daqueles que procuravam atendimento para outras condições de saúde, contribuindo para um manejo mais seguro e eficiente.

teve um corredor que era só para o pessoal que estava assintomático, e a gente, como a clínica é bem grande, do lado de fora a gente já fazia aquela triagem, já ficava lá com a prancheta, anotando os dados, e já com avental, já com máscara, desde o lado de fora, parte de dentro, a gente sempre teve material disponível. Tinha uma área isolada só para fazer esses testes.” “A gente fazia muita sala de espera, para os pacientes que estavam aguardando atendimento normal, [...] Isso eu acho que também foi muito importante, entendeu? (ACS Leticia).

Um enfermeiro que atua como responsável técnico em uma unidade na AP 2.2 relata a intensificação das atividades de testagem com o aumento de casos sintomáticos. A rotina de trabalho se concentrou quase exclusivamente em realizar testes de Covid-19, com equipes revezando constantemente para manter o fluxo. A logística de manter as equipes equipadas e treinadas, elaborar escalas, bem como garantir a disponibilidade constante de materiais, exigiu um esforço considerável e foi descrita como extenuante.

Quando a gente começou a receber mais pacientes sintomáticos, com sintomas e fazendo mais testes, a quantidade de teste começou a aumentar, então a gente só ficava fazendo aquilo ali: teste, teste, teste. Todo paramentado, revezava entre os enfermeiros na escala, porque eu sou enfermeiro, RT também, eu sou responsável técnico, então também sou responsável por fazer as escalas do pessoal, ver questão de treinamento, material, tudo, montar sala. Então, essa época para mim foi a mais extenuante (ENF Leônidas - MAR/22).

Uma das características marcantes da APS é a presença no território, sendo a visita domiciliar uma ferramenta importantíssima no cuidado da população. As restrições colocadas pelos protocolos sanitários vigentes à época determinaram interrupção das visitas domiciliares. Foi necessário repensar a atuação principalmente dos agentes comunitários de saúde e como realizar abordagem comunitária. Outro ponto foi a suspensão das atividades coletivas, dos grupos de saúde, por conta do risco de contaminação. Uma MFC que atua como preceptora do PRMFC na AP 2.2 observa que a pandemia limitou significativamente as atividades de abordagem comunitária, uma prática fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa limitação representou uma fragilidade na formação dos residentes, que perderam a oportunidade de desenvolver habilidades práticas em um contexto comunitário.

[...] a gente já chegou com a negação de ir para a rua, a gente não podia ir para a rua naquele primeiro momento. Então, ficamos dentro

da Unidade, dando todo o suporte para as pessoas que chegavam contaminadas. A gente dava o suporte na vacina, a gente dava o suporte na imunização, porque tinha um setor isolado onde eles chegavam para poder fazer essa triagem, então a gente dava todo esse suporte. As pessoas não queriam um profissional da saúde dentro da sua casa. Então, as pessoas já não abriam a porta pra gente. Então, foi onde todas as Unidades, elas recolheram os profissionais (ACS Daiane - JAN/24).

[...] uma coisa que é super importante que ficou de lado na pandemia, que é a comunidade, a gente teve muito mais dificuldades de fazer abordagem comunitária. Eu percebo que isso acabou sendo uma fragilidade dos nossos residentes, da formação agora (MFC Julia Horita - NOV/21).

As mudanças nos processos de trabalho das unidades acompanharam as fases da pandemia Covid-19, sendo necessárias adaptações conforme o momento epidemiológico. O impacto dessa nova conformação e dos tipos de atendimentos junto aos profissionais foi de tal grandeza que gerou sentimentos intensos e até mesmo tomadas de decisão como o desligamento do serviço. A rotatividade de pessoal destacou a necessidade de estratégias de suporte e retenção de profissionais em momentos de crise, essenciais para garantir a resiliência e a eficácia dos serviços de saúde.

[...] quando começou... A gente teve muitas demissões nesse período, várias pessoas saíram para trabalhar em outros lugares. Muitas enfermeiras saíram também. Teve um mês específico lá no Sales [CMS Salles Neto] que, se não me engano, a gente teve, tipo assim, quatro enfermeiras pediram demissão ao mesmo tempo (MFC Átila - OUT/21).

A necessidade de bloquear novamente a continuidade do cuidado para focar na resposta imediata à Covid-19 comprometeu o atendimento a outras condições de saúde, causando frustração entre os profissionais e uma sensação de retrocesso.

Em 2020, a gente não tinha a questão da vacina. [...] mas na época da Ômicron, em 2022, que a gente tinha pessoas até já com reforço da vacinação, nós tivemos um número muito grande de casos novos e de positivos. Então, assim, foi meio que assustador nesse sentido: cara tem que mudar todo o fluxo de novo e eu acho que tava todo mundo já cansado, dois anos na mesma coisa, aí a gente falando a mesma coisa, e parecia que não tinha uma conscientização da população, o que leva mais ainda ao desgaste dos profissionais que estão ali. [...] . E a gente teve mais uma vez que bloquear essa continuidade do cuidado, que a gente tem muito presente na Estratégia, bloquear

novamente os atendimentos, restringir, realmente saber o que que é prioridade e o que não é naquele momento (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

A despeito do contexto de pandemia e toda a reorganização do serviço necessária ao momento histórico, cobranças de níveis superiores da SMS-RJ a respeito da produção dos profissionais foram relatadas.

Hoje, a gente recebeu uma visita dos apoiadores da CAP sobre a produção da enfermagem. Porque a produção médica, a gente se divide entre o atendimento covid e atendimento não covid. Tudo isso é atendimento, tudo isso gera número, gera produção. A vacinação como não é lançada em prontuário, ela não vira produção, não vira número. Então, hoje a gente recebeu a visita, a enfermagem caiu muito nesse período, porque é isso, elas estão fora do consultório, porque estão vacinando. Então, consulta de enfermagem aconteceu muito pouco. Elas ficam sobrecarregadas, sobrecarregam a gente. É pesado assim. Três coisas acontecendo ao mesmo tempo que a vida normal, o covid e a vacina (MFC Átila - OUT/21).

5.2.3.1 EPI insuficiente/suficiente

No início da pandemia Covid-19, havia ainda incerteza a respeito das formas exatas de contágio do SARS-Cov-2, porém já se tinha o conhecimento que era um vírus de disseminação principalmente respiratória (25). Dessa forma, havia a necessidade de utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) pelos profissionais de saúde. Contudo, nas primeiras semanas, após a identificação dos primeiros casos de COVID-19 no Rio de Janeiro, ocorreu falta de EPI e muitas dúvidas sobre a quais grupos profissionais deveriam ser destinados este material em algumas áreas programáticas. Uma ACS da 4.0 narra que os profissionais inicialmente não tinham autorização para usar EPIs, e até eram instruídos a remover máscaras compradas por conta própria, resultando em situações nas quais trabalharam desprotegidos.

a gente não tinha acesso a EPIs. Tanto é que no dia que recebi a máscara, foi no dia em que eu passei mal, que eu estava afastada do trabalho. Então assim... é muito difícil. [...] Até esse dia que eu fui contaminada, eu tava trabalhando sem nada, porque assim: uns falavam que não precisava. Chegou ao ponto que a menina que trabalhava na minha equipe, ela botou a máscara, e pediram para ela tirar. Então, a gente até o momento, a gente não era autorizado a usar os EPIs. Pessoas que compraram e trouxeram, pediram para tirar a máscara. [...] Nossa rotina estava normal. Até o momento que viram que o negócio estava ficando pior foi que começaram a dar máscara descartável. Mas o *face shield* veio dar quase recente para gente, porque o pessoal da associação de moradores começou a reciclar, a

fazer. As pessoas começaram a ficar com depressão, muitas pessoas. A minha amiga, que trabalhava comigo na minha equipe, pediu demissão, porque não estava aguentando. Porque ela chegou ao ponto de ela vir de máscara e mandaram ela tirar a máscara. Ela pediu demissão, porque ela tinha medo de contaminar a bebezinha dela (ACS Rebeka - AGO/20).

O fornecimento de máscaras descartáveis foi iniciado apenas quando a gravidade da situação se tornou evidente. A realidade era que máscaras e outros EPIs de qualidade duvidosa eram distribuídos, e eles não ofereciam proteção adequada, levando os profissionais a improvisarem e, em muitos casos, comprarem seus próprios equipamentos. Tanto MFC quanto ACS precisaram arcar com a compra de seus próprios EPIs e materiais devido à insuficiência e à qualidade inadequada do que era fornecido. A situação era crítica: a escassez inicial de EPIs levou a um racionamento extremo, com máscaras N95 sendo usadas por períodos muito superiores ao recomendado.

No início tinha. [...] toda máscara fajuta que a gente recebia, a gente colava na parede. Porque de início a gente tinha uma dificuldade muito grande com EPI, eu lembro que a gente recebia máscara, mas a orientação que só a equipe técnica usaria máscara. Então, aquela galera, segurança da unidade, auxiliar de serviços gerais não podia usar máscara. E aí eu lembro de uma situação que eu estava no “posso ajudar” e o segurança veio e me pediu uma máscara. E aí eu falei: ‘eu só posso liberar para a equipe técnica’, aí ele falou ‘tudo bem’. Daí ele pegou uma máscara velha do bolso dele, colocou álcool e pôs na cara. Então, de início a gente tinha uma dificuldade com suprimento, depois eles foram orientando o uso por todo mundo, mas aí começou a vir umas máscaras de qualidade bem ruim, só de TNT... tinha um raio de uma máscara que eles chamavam de tartaruga que vinha numa caixa que não tinha selo do Inmetro. Uma coisa muito estranha. Por volta do meio do ano passado [2020], que a gente começou a receber insumo numa quantidade boa, aí não precisou fazer racionamento nem nada disso (MFC Átila - OUT/21).

Apesar das medidas de higienização e os esforços para minimizar os riscos, a sensação constante de insegurança prevaleceu. Os relatos também destacam que, mesmo após a primeira onda de escassez, os materiais recebidos alternavam entre bons e ruins, o que causava frustração e colocava os profissionais em risco contínuo de contaminação.

Essas adversidades contribuíram para um ambiente de trabalho altamente estressante, afetando a moral e a segurança dos trabalhadores de saúde. Mesmo com

o aumento no fornecimento de EPIs em fases posteriores, a qualidade inconsistente continuou a ser um problema.

a gente pensando em estratégias de contenção, plano de ação na Unidade, como vai ser feito o atendimento para diminuir as chances de contaminação, o fato de não ter EPI adequado para os profissionais, tantos de atendimento direto, enfermeiro, médico, técnico, quanto dos próprios agentes comunitários, seguranças, faxineiros e tudo mais. E a gente sempre ali tentando encontrar uma forma de redução de danos. A gente não tinha o EPI, mas juntamos os profissionais, vamos comprar aqui essas capas para tentar nos proteger. E a gente ia dando esse jeitinho. Posso dizer que para mim funcionou, tanto que eu só fui adoecer agora, dois anos depois. Mas sempre com muita atenção em relação à nossa higienização, aos nossos cuidados. Já que não tinha o EPI, a gente tinha que ter atenção ao cuidado individual (MFC Clara Antunes - OUT/22).

Os agentes comunitários, principalmente, foram os que mais se contaminaram. [...] mas mesmo assim eles davam uma máscara para a gente passar o dia todo. Uma máscara descartável. A gente que tem que se virar, comprar máscara e tal. Essa máscara aqui eu peguei de manhã para passar o dia todo com a máscara. Aí a gente se vira para comprar, dá o nosso jeito (ACS Rebeka - AGO/20).

acho que na saúde como um todo, os insumos são bem escassos. Chegou uma época que a gente não tinha nem papel direito, nem copo, quanto mais máscara. Não vou dizer que faltou, mas era contado. Uma máscara n94 [95], que seria indicado para gente usar (profissional da saúde), você tem que usar, se não me engano, por doze horas. A gente usava por quinze dias. Não tinha como não se contaminar (ACS Mayara - AGO/20).

Em abril/maio, eles começaram a dar a N95 por quinze dias. Depois, nem isso a gente tinha mais. Depois a gente tinha que usar máscara descartável, que tinha que ser trocada, se não me engano, de duas a quatro horas, e a gente ficava o dia inteiro. [...] Porque não tinha mesmo. Não mandavam pra gente. As máscaras que a gente tinha, tinha não por causa da pandemia, mas era porque já tinha por ser Unidade de saúde. Hoje, as n95 são para os médicos, enfermeiros e técnicos que ficam na área do COVID ou a pessoa que compra mesmo. [...] a gente tava aqui... para promover saúde e a gente tava adoecendo porque a gente não tinha nem o básico. Como que a gente vai se proteger? Como a gente vai cuidar das pessoas? Sendo que a gente não tem os equipamentos de proteção. No começo de abril/maio foi um atrás do outros. Chegou um tempo que a gente tinha quinze profissionais afastados, vinte profissionais. Toda hora um voltava de licença e outro ficava doente. Todo mundo. [...] Mesmo sem o EPI necessário, a gente tinha que entrar na casa das pessoas, vacinar as pessoas, correndo o risco de contaminá-las ou se contaminar. Proteger do H1N1, mas contaminar com vírus desconhecido... (ACS Mayara - AGO/20).

É, então, a gente tinha a questão da N95, das vezes que era para passar um tempo que não era o ideal de uso. A gente tinha um controle por profissional e ela tinha que durar X tempo, só que a gente sabe que às vezes está suja, às vezes caiu no chão, o elástico rompeu, e você precisa da troca e não conseguia a troca, porque não estava no tempo de trocar e não ia ter pra todo mundo, digamos, assim (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

A galera comprou máscara PFF-2, precisaram comprar, comparam máscara cirúrgica. Todo mundo precisou comprar oxímetro, a gente recebeu na Unidade, mas eles descalibravam muito facilmente, sumiam, então.. (MFC Átila - OUT/21).

Tivemos falta de EPI, e quando recebemos, recebemos os EPIs inadequados. A máscara não era adequada, não era a N95 adequada, o avental era de muito baixa densidade, a gente conseguia ver por ele. Volta e meia a gente recebia um material um pouco melhor, mas tinha essa discrepância do material. No início a gente não tinha material algum porque a gente não sabia que ia viver uma pandemia nessa dimensão. O EPI que a gente tinha, na teoria, era para ser descartável, usar um a cada paciente para situações esporádicas, e de repente a gente tinha que atender muitas pessoas com esses sintomas, e não daria para a gente descartar o EPI. Acabou que, no primeiro momento, a gente teve que arcar e comprar o material que fosse próprio, até porque no próprio mercado era difícil de se encontrar, para a gente comprar para a gente. Então, no início a gente deu esse jeito. E depois vinha material bom, vinha material ruim. Estava intercalando, alternando a qualidade do material. Mas, questão de segurança nossa, era sempre uma sensação de insegurança, uma sensação de que estamos fazendo o nosso melhor possível para nos proteger (MFC Clara Antunes - OUT/22).

A experiência quanto a disponibilidade de EPI foi diferente em pontos distintos da cidade, de acordo com o relato dos profissionais de saúde, tanto em relação à quantidade quanto à qualidade dos materiais distribuídos às unidades de saúde da APS. Alguns ACS da AP 2.1 e uma MFC da 4.0 relataram que não viveram problemas com o abastecimento de EPI enquanto profissionais da 1.0 e da 2.2 descreveram fragilidades em termos de insumos.

A clínica sempre forneceu e sempre, quando íamos em VDs, já tinham o kit separado, com avental, com a máscara, já tinha um kit separadinho, e isso, assim, nunca faltou material para isso, não (ACS Letícia - MAI/23).

No início, não era nem uma questão muito de quantidade, a gente tinha os EPIs, era mais de qualidade mesmo no início. No início

mesmo da pandemia, a gente recebia umas máscaras que parecia aquele material de TNT, sabe? Não era de uma muito boa qualidade não. Depois é que foi vindo um material melhor. Capote também não era lá de uma qualidade muito boa, então a gente não se sentia muito protegido com aquilo. Então, assim, ter o EPI a gente tinha, luva, óculos de proteção, a máscara N95, mas depois de meses, tipo assim, depois da segunda onda que começou a vir um material de melhor qualidade (ENF Leônidas - MAR/22).

Teve uma época que a gente recebeu uma máscara que deveria ser uma máscara cirúrgica, padrão, mas a gente recebeu uma que era tipo um TNT, bem bizarro mesmo, em que usar aquilo e nada era a mesma coisa, totalmente aberto dos lados, para amarrar era ruim, e a gente recebeu só essa e assim qualidade péssima, proteção péssima. Acho que os grandes problemas foram esses: com a N95 pelo tempo de troca mesmo, pensar nesses problemas que a gente tem no meio do caminho, da qualidade dessa máscara cirúrgica que veio, que muitas vezes a gente dava para paciente assim, ela e nada é a mesma coisa. Em relação a capote a gente recebia, não tinha problema que eu me lembre, touca também não, a luva também não. Óculos de proteção, assim, o grande X, era o que mais protegia de certa forma ali, era a questão da máscara (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

[...] aconteceu eventualmente de faltar... um turno sem capote, é uma coisa, mas as coisas mais essenciais, como máscara, nunca faltaram (MFC Julia Horita - NOV/21).

[...] eu não me recordo assim de um momento de um desabastecimento importante, a ponto de colocar a nossa segurança em risco. A gente tinha capote, luva. Pelo menos do que eu vivenciei, máscara, tudo que era necessário (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

[...] eu trabalhei num período que a gente não tinha EPI adequado, que não tinha vacina, que não tinha e não tem ainda tratamento adequado para isso e não adoeci (MFC Clara Antunes - OUT/22).

O novo cenário imposto pela pandemia de paramentação dos profissionais de saúde despertou inúmeros sentimentos. Houve também quem relatasse o uso inadequado do material de proteção que, à época, estava suficiente, mas subutilizado.

não é como uma dinâmica normal que a gente pode ir até de jaleco e sem máscara. A gente tá totalmente paramentado, é uma outra dinâmica de sentimento mesmo, de se perceber, de estar naquele setor, e de como a gente vê as outras pessoas. Tá todo mundo misturado, então o cenário da Unidade se modificou (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

estão lidando com pessoas potencialmente doentes, alguns verdadeiramente doentes. Se está vacinado, mas a vacina não garante que você não vai ter a doença. E lidando de uma maneira assim... sem luva... sem o EPI... porque aquilo atrapalha mesmo o seu trabalho, te estressa mais, e lidando dessa forma. Isso também chamou a minha atenção, porque isso coloca... além de colocar a pessoa em risco, coloca outras pessoas também em risco. Isso foi uma coisa chata, ruim (MFC Luiz Zanini - ABR/21).

5.2.3.2 Covid grave

Um dos aspectos que se destaca nas narrativas dos profissionais de saúde é os limites enfrentados por eles na assistência aos pacientes com covid-19 grave: desde falta de recursos nas clínicas da família até a preocupação com a falta de leitos nos hospitais para os pacientes vaga zero. Em muitos casos, foi necessário gerenciar situações críticas com recursos limitados nas CF que geralmente não são equipadas para emergências. Por exemplo, houve ocasiões em que os profissionais ficaram até oito horas com pacientes críticos, enquanto a bala de oxigênio estava prestes a acabar.

Em algumas situações, a gente ficou com paciente grave na Unidade. E aí, é difícil quando isso acontece, pouco preparo, às vezes a bala de oxigênio acabando. Ligando para Regulação, mas eu acho que também o fato de estar muito atento a essas coisas, a gente sempre junto com a gerência da Unidade, estávamos sempre atentos a coisa do oxigênio que não podia faltar. Desde o começo, assim, quando a gente começou com essa história de que o paciente ficava grave e tudo, eu fiz uma pressão assim junto a CAP da gente conseguir medicações, por exemplo, se precisa sedar o paciente para entubar o paciente na Unidade, alguma coisa nesse sentido, então a gente sempre... A cabeça do médico de família e comunidade sempre pensa profilaticamente, então sempre um pouco à frente nesse sentido, [...] A gente já chegou a ficar 8 horas com paciente na Unidade e a bala de oxigênio acabando a gente tendo que dosar ali o oxigênio diminuir um pouco, para ali, aumenta um pouquinho, e volta um pouquinho, coisa nesse sentido a gente chegou a viver, mas foram esporádicas (MFC Marcio - OUT/21).

Quando o paciente estava com sintoma grave ou saturação menor que 90. A gente tem lá os criterios, mas abaixo de 94, taquipnéia, se tivesse com algum outro sintoma ou alguma comorbidade a gente chamava ambulância. [...] A gente, esse ano, eu tenho até esse dado, porque olhei recentemente, de janeiro a agosto, a gente chamou 57 vezes a ambulância só para a situação de síndrome respiratória aguda grave. Isso é muita coisa, assim, comparado a outros anos (MFC Márcio - OUT/21).

Por outro lado, foi possível perceber que profissionais da enfermagem e ACS destacaram com mais frequência os óbitos na Unidade e no território do que os médicos de família e comunidade. "Muitos! Muitos saturando a 69, 70%... Tem que chamar a ambulância correndo, vaga zero, ficar ali do lado, o tempo todo... muitos, muitos, muitos. E não voltaram. Muitos não voltaram." (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

Esses episódios não só impactaram os profissionais pela perda em si, mas também pelo sentimento de impotência diante da gravidade da doença e a velocidade com que ela evoluía. A experiência de ver pacientes sofrendo e, eventualmente, falecendo, mesmo após todos os esforços possíveis, contribuiu para a carga emocional.

A gente teve paciente que evoluiu muito grave, muito mal, que foi em vaga zero e depois a gente soube que foi a óbito. Pacientes que eram parentes, familiares de pessoas que trabalham com a gente, dos agentes comunitários de saúde, principalmente, que são próximos ali, que moram próximo do posto porque o ACS mora na comunidade. E aí eles levavam os familiares lá para a gente atender e nem todos os casos evoluíram bem. Algumas questões de idosos, principalmente com comorbidade, tiveram uma evolução não favorável (ENF Leônidas - MAR/22).

Então, assim, eu lembro de um caso específico de uma senhora, de 90 anos, que vizinhos relataram que viram ela, assim, com muita falta de ar e tal. E nós fomos lá fazer uma visita domiciliar. Eu, mais um agente de saúde e a enfermeira da equipe. E quando a gente chegou lá, foi muito assustador ela tentando resgatar o ar e não conseguia. Então, assim, a gente não pensou nem duas vezes, assim, pegamos o lençol, colocamos ela e levamos da casa até a UPA para ela ser internada e ser auxiliada. Infelizmente, depois na semana, ela veio a falecer, mas foi uma, foi, essa foi uma das experiências mais, assim, meio que assustadoras, de ver aquela, de ver aquela pessoa assim, você, sei lá, tentar socorrer de alguma forma. E, enfim, ela veio a falecer, acho que foi uma semana depois. (ACS Letícia - MAI/23).

O medo do adoecimento e das complicações do covid era muito intenso. A incerteza acerca da doença tinha duas facetas: enquanto uma parcela da sociedade considerava "*só uma gripezinha*", outros temiam adoecer e, quando doentes, serem internados, pois havia a possibilidade de agravamento e morte.

Uma história que foi muito sensível para mim: a gente tava com paciente bastante grave, que chegou dessaturando, era uma pessoa muito próxima da Unidade por trabalhar no território, tá sempre trabalhando com a Unidade, uma pessoa muito querida para unidade. Ele chegou lá bastante dispneico, passando muito mal com covid, ele

e a esposa com teste positivo para covid. Nessa época, a gente já estava testando, que foi no final do ano passado [2020], e aí assim, unidades hospitalares lotadas, a gente passava horas esperando uma ambulância para conseguir internação. A gente conseguiu, depois de 4 horas esperando, a ambulância chegou, e removeu ele às 9h da noite. No momento em que a ambulância saía, a gente saía, e no bar na esquina da Unidade, monte de gente tomando cerveja confraternizando, todo mundo sem máscara, em um momento que isso era inadmissível, que a gente não tinha lugar onde internar as pessoas, e assim, isso acho que me doía muito mais do que atender grande volume de pessoas e fazer as minhas boas práticas, porque era como se a gente estivesse nadando contra a maré (MFC Caroline Oka - NOV/21).

A pandemia também trouxe à tona a questão do medo e do trauma entre os pacientes e suas famílias. Casos de pacientes recusando internação hospitalar, mesmo quando clinicamente indicado, não foram raros. Um relato descreve uma senhora com múltiplas comorbidades que, após perder o marido para a covid-19 no hospital, recusou-se a ser internada, preferindo enfrentar a doença em casa junto aos familiares. Ela expressou que não queria morrer sozinha, como aconteceu com seu marido. Essa decisão, embora arriscada, reflete o profundo impacto emocional e o medo de isolamento que a pandemia causou em muitas pessoas. Tal situação ilustra o dilema emocional e as escolhas difíceis que muitos enfrentaram.

Estou lembrando de outro caso, acho que também foi bem impactante, mais recente. Uma senhora que veio também dispneica com critério de internação e agora, com as coisas um pouco mais tranquilas, ela tem uma história... uma mulher obesa com história de infarto prévio, muitas comorbidades, após vacina e tudo, com COVID e dispneica, saturando baixo, disse “olha, preciso pedir uma ambulância, a senhora vai passar para o hospital, precisa de suporte de oxigênio” e aí ela falou que não, que não queria ir, porque foi assim que o marido morreu ano passado. Marido dela tinha falecido por COVID. E que ela queria ir para casa morrer em casa, porque quando ele foi ao hospital, ele morreu sozinho. Então, ela preferia morrer com a família dela, ir para casa morrer em casa. Ela não morreu, mas foi bem impactante. Você vê os efeitos nas famílias, os traumas que a pandemia causa nas famílias, a solidão, o isolamento fez esse senhor morrer sozinho. [...] E realmente é isso, ele morreu sozinho no Ronaldo Gazolla, na área de isolamento. E ela disse, “não, eu vou para casa, não quero ir” e ela não foi. Mas depois ela ficou bem (MFC Julia Horita - NOV/21).

Por mais que a estratégia da saúde de família envolva o cuidado e a preocupação com a comunidade e com o território, a enfermagem e os ACS, em suas narrativas, pareciam mais intensamente envolvidos com a comunidade. Algumas

equipes de saúde adotaram uma abordagem proativa com ações que não só ajudaram a disseminar informações cruciais, mas também fortaleceram o vínculo entre a unidade de saúde e a comunidade, criando uma rede de apoio e reforçando a importância das práticas preventivas em um esforço coletivo para controlar a disseminação do vírus. Com o agravamento da pandemia e o consequente aumento do número de óbitos:

E esse outro caso, que foi muito de perto para mim, foi na minha área: paciente jovem, que ficou internada fazendo só a oxigenoterapia, não precisou ser entubada, mas o quadro dela quando ela chegou aqui, a gente achava que ela não iria conseguir. Fiquei todo o momento em contato com a mãe dela, sem ter hora: sábado e domingo; de dia e de noite. Foi o caso mais perto que eu tive da minha área. Então eu quis dar todo o apoio e toda atenção, deixando sempre claro que a gente estava de portas abertas para ajudar a família e, graças a Deus, a paciente teve alta, não precisou ficar entubada, e voltou para casa, para a família dela (ACS Mayara - AGO/20).

Além da preocupação com as pessoas do território, houve a apreensão com o adoecimento dos profissionais da equipe de atenção primária.

O nome dela era Cátia e ela trabalhava aqui na direção. O pai e a mãe dela já eram bastante idosos, aí sei lá, ela se afastou uma semana, eu acho, uma semana que o pai tava internado, a mãe também, não sei se tava entubado ou não, mas acredito que sim, porque assim, eles foram embora muito, muito rápido. A gente soube uma semana, na outra semana, pô, faleceu [os pais], aí, tipo assim, ninguém acreditou, só que assim, por ela ser enfermeira e trabalhar na ponta, ela tava dando esse suporte pro pai e pra mãe. Acabou também que ela [Cátia] veio falecer também. Isso infelizmente aconteceu antes da vacina. Antes da vacina [...] Mas foi difícil pra gente aqui. E eu que tipo assim, todo mundo gostava, todo mundo. Não tinha uma pessoa que não gostava da Cátia aqui mesmo (ACS Everson - JAN/24).

Enfermeiras que trabalham comigo que se contaminaram. Uma técnica de enfermagem minha ficou internada, hospitalizada por 15 dias, evoluiu bem e depois voltou a trabalhar com a gente, mas foi um susto para todo mundo. Quando aconteceu com ela, já tinha tomado as duas doses, já tinha feito as duas doses. Então, ficou todo mundo alarmado assim "Poxa, ela já foi vacinada com as duas doses!" Na época ainda não se falava em reforço. "Poxa, como é que ela pegou? Como é que ela contraiu a doença se ela já tomou as duas doses da vacina?" Aí foi um momento tenso também." (ENF Leônidas - MAR/22).

Diante da gravidade e dos limites, houve condutas conflitantes. Seguir o protocolo, que exigia materiais adequados à assistência e à proteção do profissional de saúde, por vezes, desfavorecia o paciente por adiar um cuidado. Realizar um procedimento sem o material adequado pode ter favorecido o paciente, mas expos o

profissional ao vírus. Profissionais frequentemente se encontraram sem máscaras N95, cateteres de oxigênio ou outros equipamentos essenciais. Em situações extremas, foram necessários improvisos, os quais poderiam aumentar a chance de contaminação. Essa improvisação necessária devido à falta de recursos não apenas colocou em risco a saúde dos profissionais, como também destacou a fragilidade do sistema de saúde frente a uma crise sanitária de grandes proporções

Eu sei até a pessoa, o paciente. Foi nesse período que a gente não tinha material. A gente era uma Unidade de saúde, que até então fazia atendimento ambulatorial. E aí veio a pandemia, e chegou. E a gente atendeu os pacientes de COVID, e aí quando a gente se deu conta a gente tava recebendo muito paciente grave. Esse dia que eu me contaminei, chegou uma idosinha, ela tava saturando a 79% e ela não tava conseguindo respirar sozinha, a gente não tinha o que fazer. Tipo não tinha cateter de O₂, não tinha máscara de VO₂ com filtro. Não tinha nada. Não tinha tubo para fazer uma intubação se fosse preciso, pelo médico. A única forma de ofertar oxigênio para ela naquele momento, era com nebulização. Só que a nebulização gera muito aerossol, mas foi isso que a gente fez. A gente fez isso até a ambulância chegar, a ambulância demorou 1 hora, e estava eu e um médico ali, ofertando oxigênio para ela só que com nebulizador. A gente até tava com a N95, mas aí eu acho que, ou passou ou contaminou alguma região da pele assim, alguma parte da pele e acabei me infectando (ENF Caroline Teixeira - MAI/21).

Mas essa que o meu residente chegou, não lembro o nome dela agora, mas era uma senhorinha DPOC, multimórbida, chegando com franca dispneia e o residente querendo pegar a máscara, querendo colocar o O₂ nela e eu falo: "não, não pode, desculpa, não pode, porque o protocolo agora fala que a gente não pode fazer isso por esses motivos." E a cara dele para mim, tipo, mas, cara, ela está morrendo aqui. E eu também queria, era aquela coisa de vou ou não vou, vou ou não vou, mas a nossa orientação, por mais que a gente tenha que ser flexível e tudo mais, mas ali na hora não podia. Na época não tinha nem teste de Covid, então a gente não tinha certeza se era, mas eu soube depois que ela veio a óbito. É, faleceu por isso (MFC Clara Antunes - OUT/22).

5.2.3.3 Casos de covid não grave e casos de não covid (“porta aberta - porta fechada”).

Durante a pandemia, a alta procura por atendimento devido à covid-19 forçou as unidades da APS a reorganizar suas operações para gerenciar o fluxo de pacientes e reduzir o risco de contágio. Em estudo de base nacional, 80% dos gestores apontaram ter feito adaptações nas UBS para separar fluxos de atendimento, dentro

ou fora dos serviços (86).

Nos primeiros meses de 2020, as UBS precisaram se reorganizar quanto aos atendimentos prestados e, em sua totalidade, houve separação entre casos suspeitos de covid-19 e não suspeitos. Dadas as orientações iniciais oficiais de isolamento social e a alta transmissibilidade do SARS-CoV-2, as equipes criaram formas de restringir a presença e circulação de usuários, na tentativa de minimizar a exposição entre pessoas não sintomáticas. Nesse contexto, trago a expressão “porta aberta – porta fechada” para ilustrar o título do presente capítulo representando esse tipo de organização das unidades. Com diferentes formas de triagem e estratégias, é observada dificuldade na compreensão do novo momento epidemiológico por parte da população.

[...] no começo a gente teve que suspender as visitas. Por conta do contágio. A gente ficou mais preso na Unidade, porque a Unidade precisava da gente pra fazer alguns bloqueios e saber quem colocar pra dentro ou não (ACS Raquel - MAI/23).

[...] o profissional que ainda ficava lá embaixo, fazendo a triagem, a gente também começou a ver o que seriam os atendimentos que a gente não poderia deixar de atender. Que são as nossas linhas de cuidado. Então, os atendimentos aos pacientes com tuberculose, pré-natal, puericultura, aquele diabético ou hipertenso que tava descompensado, algum caso de oncologia, por exemplo, que a gente tinha que ver de perto também. A gente mantinha os atendimentos, mas demandas crônicas “tenho uma dor na coluna há seis meses”, dor que se mantém da mesma forma, a gente acabou restringindo. Então muita coisa a gente começava a resolver até na porta para esse paciente não entrar nem esperar, enfim, não ficar num ambiente que tava ali potencialmente contaminado (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

Em uma CF na AP 4.0, dois MFC e uma ACS da mesma unidade narram as estratégias utilizadas: a equipe dividiu o espaço físico em estações para diferenciar entre pacientes com sintomas respiratórios e aqueles com outras demandas. Este método permitiu um fluxo de atendimento mais seguro e eficiente, com pacientes primeiro sendo triados com a avaliação dos sinais vitais e, caso não apresentassem sinais de gravidade, recebendo um atendimento rápido e sendo liberados. Em contrapartida, aqueles com sintomas graves eram direcionados para áreas específicas da unidade para receber cuidados mais intensivos, minimizando o contato com outros pacientes. Nestas estações, havia o uso de EPIs completos visto que

estavam designadas para pacientes que necessitavam de exame físico ou que poderiam precisar de suporte de oxigênio, portanto com maior potencial de contaminação.

[...] por mais que a gente orientasse quanto ao que era sinal de gravidade ou não, eu notava que a qualquer mínimo sinal de sintoma, eles buscavam o atendimento e, assim, justo, eles estavam em momento de insegurança. Então, a gente vivenciou um momento de alta procura mesmo por atendimento, muito baseado nos sintomáticos, assim pensando na COVID mesmo. Busca de testes. Então, a gente dividiu a Unidade, na época em que eu estava no Helena, em estações. Tentando entender se era uma demanda relacionada à sintomático respiratório ou se era outra demanda, porque minimamente a gente continuou com os outros atendimentos, dentro daquele ambiente de contingência, pessoas também acessavam a Unidade por outros motivos. A gente dividiu a Unidade em lados, para ter o mínimo de contato possível entre uma pessoa sintomática e o lado com outras pessoas que não estavam com sintomas. Então, elas primeiro, passavam uma estação onde viam sinais vitais e se não fosse identificado nenhum sinal de alarme, nenhuma situação potencialmente grave, ali mesmo era feito um atendimento mais rápido e a pessoa era liberada. Se fosse identificado algum sinal, ela continuava o atendimento em outras estações (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

A gente conseguiu separar uma parte da Unidade, essa parte da Unidade recebia apenas os pacientes que tinham sintomatologia. E essa estação 3 e 4 era exatamente a população que precisava de algum tipo de exame físico, então era o local da clínica, não só isolado, que a gente precisava utilizar EPI completo. E a estação 4, para os pacientes que a gente esperava que fosse ter algum tipo de gravidade maior que a gente fez dentro do auditório, separou tudo, isolou, para pacientes que precisassem de oxigênio. Paramentação completa (MFC Caio - JUL/20).

Eles procuravam a Clínica o tempo inteiro, mas não por demanda de sintomas respiratórios, mas por outros tipos de doenças. [...] As pessoas que mais tinham medo foram as puérperas, as que tiveram filho até um ano, dois anos (ACS Mayara - AGO/20).

A gestão das unidades de saúde durante a pandemia também afetou a percepção dos pacientes sobre o acesso aos serviços de saúde. Muitos profissionais relataram um aumento na desconfiança e frustração da comunidade devido ao acesso restrito, mesmo quando essas restrições eram necessárias para controlar a propagação do vírus. Por exemplo, a sensação de cerceamento e a limitação no acesso causaram tensão, uma vez que os profissionais precisaram restringir o

atendimento a situações de maior urgência, o que foi mal interpretado por muitos como uma falha na prestação de cuidados.

A sensação de a população estar contra a gente também era muito grande. Porque, bem ou mal, a gente cerceava um pouco o acesso à unidade. Eu lembro quando a gente estava na frente, que o médico deixou de ser só a pessoa que faz o atendimento dentro do consultório (MFC Clara Antunes - OUT/22).

[...] acho que todo mundo que trabalha com atenção primária acredita, que o vínculo e a longitudinalidade são coisas muito importantes. Então, o ideal é que a gente consiga trabalhar dentro das nossas equipes, conseguir manter essa continuidade, a coordenação do cuidado (MFC Julia Horita - NOV/21).

Mesmo com a pressão da pandemia, as unidades de saúde precisaram continuar oferecendo cuidados para outras condições crônicas e agudas. Foram mantidos atendimentos essenciais como para tuberculose, pré-natal, puericultura, doenças crônicas descompensadas e casos oncológicos, enquanto condições menos urgentes eram resolvidas de forma rápida para minimizar a permanência de pacientes na unidade. Este equilíbrio entre atender às necessidades urgentes relacionadas à covid-19 e manter os cuidados contínuos para outras condições era crucial para evitar a piora de doenças crônicas e outras complicações de saúde. Ao mesmo tempo, emergiu o sentimento de insuficiência em relação ao que estava sendo feito: “Eu acho que a gente faz muito pouco, a atenção primária que a gente queria.” (ENF Caroline Teixeira - MAI/21).

“Outro tipo de conflito praticamente foi assim: a Unidade nunca fechou e a gente precisou continuar dando atenção, apoio e atendimento aos casos graves. Não, não só os casos graves, mas os casos relacionados às linhas de cuidados de atenção à saúde” (ENF Leônidas - MAR/22).

“Infelizmente a gente não consegue dar conta de tudo, mas acaba que quando você precisa descobrir um pouco, é um cobertor curto como falam, quando você não consegue descobrir alguma coisa com relação a uma situação” (ENF Kátia Brito - OUT/23).

Houve esforços para retomar os atendimentos regulares à medida que os casos de covid-19 diminuía, mas isso se provou desafiador. Um MFC da AP 1.0 narra esse momento de reabertura parcial das unidades e o retorno dos alunos e residentes, quando houve um aumento nos atendimentos eletivos. No entanto, com o ressurgimento de casos de covid-19, tornou-se difícil gerenciar a simultaneidade de

atendimentos regulares, cuidados com covid-19 e a campanha de vacinação. Isso complicou ainda mais a gestão das unidades, destacando a dificuldade em equilibrar a continuidade do cuidado com a necessidade de responder a uma emergência de saúde pública.

Quando deu mais ou menos julho [2020], assim, a gente percebeu que os casos tinham reduzido de forma sustentada, tentou uma reabertura, os alunos voltaram, a gente voltou a abrir um pouco a agenda para os residentes. E no fim do ano volta a ter um aumento importante do número de casos. Só que aí, você já abriu a porteira! E aí é difícil você fechar esse atendimento eletivo de novo para voltar e focar só para COVID. [...] no final do ano para o começo desse ano e a gente começa a conversar com três coisas ao mesmo tempo: a vida normal da clínica de família, o atendimento COVID, e a vacinação. E aí é muito difícil... Hoje em dia, a gente já nem tenta mais, mas é muito difícil você explicar para as pessoas que a gente não está vivendo em um momento normal, que o ideal seria que elas mantivessem algum tipo de isolamento social, e que elas evitassem procurar a Unidade para questões menos urgentes (MFC Átila - OUT/21).

A pandemia teve um impacto negativo na gestão de doenças crônicas e outras condições de saúde devido à necessidade de focar recursos no atendimento à covid-19. A suspensão temporária de visitas domiciliares e o foco na triagem de casos de síndromes gripais resultaram em uma diminuição na detecção e controle de doenças como tuberculose e em um aumento nas mortes materno-infantis como narrado por uma MFC da AP 3.3. Esses desafios ilustram o impacto colateral da pandemia sobre a saúde pública e a importância de manter um equilíbrio entre a resposta a emergências e a continuidade dos cuidados de saúde essenciais.

“a gente teve que fechar muito o acesso, porque era o momento também de não saber o que que iria acontecer, com o que a gente estava lidando. [...] a gente vê até hoje na prática, dos crônicos descompensados, a gente teve aumento de morte materno-infantil, a gente teve diminuição de diagnóstico tuberculose. [...] foi o caminho possível, nesse momento, mas o ideal mesmo é tentar mesmo com influenza agora, a gente tentar aí segurar os patins rodando em todas as áreas. Porque senão a gente acaba descobrindo, deixando aí o nosso papel tão importante na diminuição de internação, de óbitos por causa evitáveis, deixando de lado esse papel tão importante nosso, para atender doenças agudas (MFC Caroline Oka - NOV/21).

5.2.3.3.1 Casos de covid não-grave

Durante a pandemia de covid-19, a realidade dos trabalhadores que enfrentavam dilemas entre saúde e emprego ficou evidente, destacando a precarização das relações trabalhistas e seu impacto no cuidado dos indivíduos. Um MFC da AP 4.0 narra um atendimento emblemático para ele: em um caso clássico de infecção pelos SARS-CoV-2, ele atendeu um senhor que apresentava sintomas evidentes da doença, incluindo tosse e um mal-estar significativo. O paciente precisava ser afastado do trabalho para o adequado isolamento social e, deste modo, evitar a propagação do vírus, assim como para se recuperar adequadamente. Ao ser informado da necessidade de afastamento, o senhor expressou uma forte resistência, afirmando sua intenção de continuar trabalhando apesar do risco para ele e para terceiros. Apesar da tentativa de convencimento, não houve aceitação da orientação. Tal situação refletia um dilema comum enfrentado por muitos durante a pandemia: a escolha entre preservar a saúde e garantir a subsistência econômica por medo de demissão, especialmente em contextos onde o apoio ao trabalhador era insuficiente ou inexistente.

A experiência narrada evidencia a importância de políticas laborais que ofereçam segurança e apoio adequados aos trabalhadores durante crises sanitárias. Ela também destaca o papel crucial dos MFC em advogar pelos seus pacientes, não apenas do ponto de vista clínico, mas também considerando as complexidades socioeconômicas que influenciam suas decisões.

Caso clássico de COVID, tossindo, mal, um senhor. E eu falei, "o senhor vai ter que ser afastado" tantos dias, e ele falou assim "não doutor, eu vou trabalhar", eu falei "deixa eu falar uma coisa para o senhor: se o senhor for trabalhar, além de colocar a sua vida em risco, o senhor está colocando as outras pessoas, o senhor está passando a doença." E ele falou: "mas eu não posso faltar ao meu trabalho". Não me deu nem conversa. Eu dei o atestado para ele, fiz tudo direitinho. Ele volta na outra semana, ele volta pior. Bem pior, não chegou a ter necessidade de ir de vaga zero. E aí sim ele parou. De sobrevivência. Ele falou que o patrão iria mandar ele embora, mesmo com atestado. Foi o que ele disse (MFC Luiz Zanini - ABR/21).

Houve um momento da pandemia em que havia muitos casos leves da doença sendo identificados, ou seja, aqueles que não apresentavam sinais de gravidade. Com o avançar da disponibilidade dos testes diagnósticos, estabeleceu-se uma política em que todos os contatos próximos de casos positivos também deveriam ser testados. Isso levou a um aumento no número de pessoas sendo testadas, inclusive pessoas

assintomáticas e por consequência um volume maior de trabalho nas unidades. Uma enfermeira da AP 5.1 narra que em muitas ocasiões famílias inteiras, que moravam juntas, compareciam para fazer os testes. Isso significou o potencial de aumento da identificação dos casos positivos e posterior recomendação de isolamento deles.

Em resumo, a mudança na política de testagem e rastreamento de contatos levou a um aumento no número de casos leves identificados, incluindo muitos contatos próximos de pessoas infectadas, que frequentemente testavam positivo mesmo sem apresentar sintomas. Essa situação resultou em sobrecarga dos pontos de testagem. Apesar disso, houve melhor identificação dos casos no território, o que pode ter contribuído para as ações das equipes ESF no reforço das medidas preventivas.

Mas assim, a gente pegava muitos casos leves, que aí depois que se definiu isso, a maioria dos casos eram os leves, mas eram muitos casos leves mais contatos. Porque aí ficou todos os casos positivos tem que os contatos também fazer, podia fazer. Então tinha muitos casos leves, mas vinha muitos contatos fazer que também dava positivo, mesmo sem sintoma, enfim. Então o cheio era isso também, que vinha, vinha a família inteira! Família com cinco, com seis pessoas, que moravam na mesma casa. Então, é isso (ENF Luciana - JAN/24).

5.2.3.3.2 Casos de não covid

As pandemias têm impactos prejudiciais e em múltiplos aspectos sobre a saúde das populações, os quais não se limitam as estatísticas de morbimortalidade pelo agente etiológico. Estudos têm apontado que as medidas de distanciamento social adotadas no enfrentamento à pandemia resultaram também em mudanças nos comportamentos e na saúde dos brasileiros, incluindo aumento dos sentimentos de solidão, tristeza, estresse e ansiedade, piora nos estilos de vida (diminuição da prática de atividade física, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, cigarros e de alimentos ultraprocessados), bem como redução de acompanhamento de serviços de saúde, particularmente entre adultos com DCNT e aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares (122). Malta et al. analisaram os dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico entre 2021 e 2022 e concluíram que ocorreu piora dos indicadores de atividade física, de excesso de peso e obesidade, de morbidade por DCNT e da cobertura dos exames preventivos de câncer em mulheres no Brasil (122).

Durante a pandemia de covid-19, a alocação de recursos e esforços para o combate ao vírus causou uma significativa redução na capacidade de atender outras necessidades de saúde nas CF e nos CMS. As narrativas dos profissionais de saúde destacaram os outros grupos de pacientes que são acompanhados pelas equipes de ESF, como os portadores de DCNT tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e transtornos de saúde mental. Nos processos de trabalho da APS, existem as chamadas “linhas de cuidado”, que representam um *continuum* assistencial, composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sendo assim, o itinerário que o usuário faz dentro de uma rede organizada de saúde. Apesar dos esforços das equipes, o contexto da Pandemia trouxe importantes entraves ao seguimento das linhas de cuidado.

Um enfermeiro da AP 2.2 e enfermeiras da AP 2.1 destacaram a complexidade do equilíbrio entre manter a continuidade do atendimento de pacientes com doenças crônicas e outras necessidades de saúde durante a pandemia. Todos relataram que, enquanto a prioridade era a vacinação e o tratamento de sintomas respiratórios agudos, houve um impacto negativo no acompanhamento de doenças crônicas e na prevenção de outras doenças transmissíveis. As clínicas da família e centro municipais de saúde no MRJ nunca fecharam completamente, mas a escassez de profissionais e a necessidade de dividir os esforços dificultaram a gestão eficiente. A falta de pessoal seja por afastamento por grupos de riscos ou por sintomas gripais seja por vacância local, complicou ainda mais a situação, exigindo uma adaptação constante para garantir que tanto os cuidados emergenciais quanto os crônicos fossem atendidos. Foi gerada uma demanda reprimida por cuidados que ocasionou uma busca por atendimento em massa com a redução da pressão causada pela pandemia dado a melhora do cenário epidemiológico.

Outro tipo de conflito praticamente foi assim: a Unidade nunca fechou e a gente precisou continuar dando atenção, apoio e atendimento aos casos graves. Não, não só os casos graves, mas os casos relacionados às linhas de cuidados de atenção à saúde. Por exemplo: as gestantes, a puericultura e os pacientes em tratamento de tuberculose e hanseníase. Então, uma questão conflitante também foi alinhar isso, de desafio, alinhar esses atendimentos na Unidade junto com os atendimentos de COVID, em quadros muitas vezes quando se tinha um profissional ou outro afastado. Com sintomas de COVID, afastado, então em um setor ou mesmo em um dia onde deveria ter três médicos, só tem um. Onde deveria ter quatro enfermeiras, só tem duas. E aí para poder manter os dois setores funcionando: a unidade de saúde, a unidade de atenção básica em si, que nunca parou de

funcionar e os atendimentos de COVID também. Manter os dois setores funcionando. (ENF Leônidas - MAR/22).

Era muito difícil. Porque assim, para quem gosta e faz a especialização em saúde da família, sabe que é importante a vigilância e o cuidado dos pacientes. E durante esse início a gente não conseguia fazer, porque o atendimento era só dos grupos prioritários. Então assim, foi deixado muito de lado o acompanhamento de hipertensos, diabéticos, a busca da investigação de novos pacientes com essas doenças crônicas. Então quando voltou, todo o cuidado tinha uma demanda muito reprimida. E tinha pacientes descompensados. Agora [2023] que a gente está começando a colocar tudo no eixo (ENF Bruna Campos - OUT/23).

O que me chamou mais atenção e era algo que era esperado, de fato, é que uma vez que a gente direcionou todos os nossos esforços para algo que era novo, para algo que estava acometendo uma quantidade muito grande de pessoas, do nosso território e fora dele, que era a vacinação, que era o adoecimento por COVID, que eram as síndromes respiratórias, acabou que a gente acabou secundarizando um pouquinho o cuidado de todo o resto. Cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, hipertensão, diabetes, a busca ativa para o rastreamento de outras doenças respiratórias transmissíveis como tuberculose, por exemplo. Gestante não, porque acaba que a gente se manteve, a gente sempre se mantém de maneira geral muito atento à gestante, ali ao binômio, porque naturalmente já está em uma posição de vulnerabilidade, mas assim, o acompanhamento da criança pequena ele foi diminuído, então os rastreamentos das doenças prevalentes na primeira infância, eles, na minha opinião, foram um pouquinho secundarizados. [...] o processo de adoecimento mental da população em geral, no pós-COVID ele ficou muito maior. Então, ansiedade, depressão, agudização de algumas doenças psicológicas, psiquiátricas, piorou-se bastante, então a grande maioria dos outros segmentos de saúde, dos outros adoecimentos que a atenção primária costuma ter um protagonismo no cuidado, acabou que ficou um pouco secundarizado em detrimento da pandemia de COVID na época (ENF Kátia Brito - OUT/23).

Uma enfermeira da AP 2.1 destacou que dos quatro dias de trabalho, três eram dedicados exclusivamente à vacinação contra a covid-19. Isso deixou apenas um dia para consultas de acompanhamento de pacientes crônicos e outras demandas. Essa redução de tempo resultou em um déficit na oferta de atendimentos e de visitas domiciliares, sendo identificado posteriormente muitos pacientes descompensados, surgimento de novos curativos e atraso na vacinação infantil e de rotina.

Eu ficava, dos quatro dias que eu trabalho, três dias eu ficava só na vacina. E um dia que eu ficava atendendo. Um dia não dava para atender os pacientes direito. Aí quando diminuiu bastante a demanda

da vacina, a gente conseguiu voltar para os atendimentos normais de acompanhamento. Aí a gente viu como que estava difícil. Muitos pacientes descompensados, muito curativo novo. E sim, muitas crianças com vacina em atraso, de rotina. A gente não estava conseguindo fazer vigilância da busca ativa desses pacientes. Então, foram ficando várias vacinas em atraso também. Preventivo em atraso, mamografia. Isso tudo foi ficando para trás (ENF Bruna Campos - OUT/23).

A gente teve um agravamento sim, porque muitos pacientes deixaram de procurar a Unidade, ficaram em casa. [...] o acompanhamento, por exemplo, de hipertensão e diabetes ficou deficiente, ficou muito aquém a desejar porque a gente deveria fazer uma busca ativa e ir atrás desses usuários. [...] a gente conseguia fazer trabalho de formiguinha mesmo, procurando os casos mais isolados, com pacientes de resultado de hemoglobina glicada alta para poder rever medicação, orientar dieta, atividade física. [...] isso, como eu falei, nunca parou, mas ficava deficiente de acordo com os casos de COVID. Tanto é que hoje, você tem um boom, praticamente, porque essas pessoas estão buscando a Unidade em massa. Muitos se devem principalmente para aquela questão também que trabalhava, mas perdeu o plano de saúde (ENF Leônidas - MAR/22).

Na mesma linha de pensamento, outra enfermeira da AP 2.1 também relatou que a necessidade de focar nos cuidados relacionados à covid-19 resultou na negligência de outras áreas essenciais da saúde. Ela explicou que muitos pacientes crônicos deixaram de receber a vigilância necessária, resultando em piora de suas condições. A suspensão temporária de cuidados regulares para focar na vacinação e nos atendimentos de síndrome gripal causou um aumento significativo de casos de ansiedade, depressão e outros problemas psiquiátricos. A priorização do suporte a pandemia sobrecarregaram os profissionais e diminuíram a capacidade de responder adequadamente às necessidades contínuas de saúde da população.

É isso, então, acabou que a gente acabou tendo que direcionar os nossos esforços naquele momento, porque era naquele momento de fato era prioritário. Infelizmente a gente não consegue dar conta de tudo, mas acaba que quando você precisa descobrir um pouco, é um cobertor curto como falamos, quando você não consegue descobrir alguma coisa com relação a uma situação muito específica, a gente já tem que direcionar e diminuir um pouco os esforços com relação a outras questões, que é algo que a gente tá buscando retomar e melhorar até os dias de hoje. Então, se eu for elencar algo relacionado a algo que provavelmente deixou de ter uma assistência e que foi uma consequência direta, piorada na verdade, da COVID-19, da situação de saúde mental da população em geral e das pessoas que já tinham doenças psíquicas (ENF Kátia Brito - OUT/23).

Na AP 1.0, um MFC enfatizou o aumento da necessidade de solicitação de vaga zero para avaliação nas unidades de urgência e emergência para indivíduos com DCNT descompensadas. Também observou o impacto psicológico da pandemia e do isolamento social prolongado no adoecimento mental. Já uma MFC da AP 2.2 apontou que a desvalorização da APS e a priorização das respostas emergenciais à covid-19 contribuíram para a deterioração da saúde geral dos pacientes, tornando o controle e a vigilância dessas condições ainda mais desafiadores após a pandemia.

A gente percebeu uma descompensação de pacientes crônicos. Eles começaram a vir mais descompensados. Depois de um tempo a gente percebeu que a gente começou a chamar mais vaga zero para crônico descompensado do que paciente COVID. [...] uma piora assim do adoecimento mental. Queixas mais somáticas, queixas específicas assim do sofrimento mental: ansiedade, uma galera mais depressiva (MFC Átila - OUT/21)

A gente percebe agora que eu acho que quem está conversando, que todos os nossos diabéticos, agora são renais crônicos, todos os nossos hipertensos têm insuficiência cardíaca, porque em dois anos, o negócio desandou muito. A gente perdeu muito a mão na vigilância. E obvio que eu sei que não é só a pandemia, acho que a gente também sofreu consequências da desvalorização da atenção primária. Uma desvalorização da saúde como um todo. Acho que a pandemia também ajudou a piorar essa situação (MFC Júlia Horita).

A pandemia trouxe não só entraves para o cuidado do corpo, mas também um aumento significativo de problemas de saúde mental entre a população, conforme observado por uma ACS da AP 2.1. Muitos pacientes evitaram as unidades de saúde por medo de contágio, levando a uma falta de acompanhamento adequado de suas condições de saúde. O confinamento prolongado, perdas econômicas e a incerteza geral geraram um aumento notável em casos de ansiedade e depressão. Ela observou que muitas pessoas ficaram desempregadas, enfrentaram dificuldades financeiras e, conseqüentemente, desenvolveram ou agravaram transtornos de saúde mental. Esse aumento na demanda por atendimento em saúde mental foi uma consequência direta das mudanças impostas pela pandemia e continua a ser um desafio mesmo após a fase aguda da crise.

Os hipertensos, diabéticos, enfim, a gente meio que ficou um pouco sem acompanhamento por conta deles mesmo, também, não querer ir à Unidade de saúde e se expor. [...] a gente reparou que a saúde mental aumentou muito. Não sei se esses anos de confinamento mexeu com a cabeça das pessoas. Muitas pessoas ficaram

desempregadas, com contas para pagar, com aluguel para pagar. Então, sobrecarregou bastante. A gente vê que teve um aumento bem grande de saúde mental (ACS Raquel - MAI/23).

Depressão mesmo, ansiedade. Por conta disso, de ter ficado sem emprego. Muitos deles estão começando a arrumar emprego agora, mas ficaram muito tempo sem trabalhar. Ou porque a empresa não permitiu, ou porque realmente foram mandados embora dos seus empregos. E depois, está muito difícil arrumar emprego. E aí, não conseguem. A maioria deles não tem estudo, e os que tem também não conseguiam arrumar. E aí, entrou mesmo na depressão mesmo. Uns já tinham e outros começaram a ter (ACS Raquel - MAI/23).

Outra ACS da AP 2.2 destacou o impacto da pandemia na saúde mental de sua própria família como exemplo da experiência vivida. Seus avós, que costumavam ter uma vida social ativa, sofreram com o confinamento prolongado, resultando em sintomas sugestivos de depressão e ansiedade. A perda de conhecidos devido à covid-19 e o isolamento contribuíram para a deterioração da saúde psicológica. A ênfase no distanciamento social e na prevenção da covid-19 fez com que muitos negligenciassem outros cuidados de saúde e bem-estar, exacerbando problemas psicológicos e dificultando a manutenção de uma saúde mental equilibrada.

Eu acredito que tem muita questão de ansiedade, questão de depressão, eu tiro isso pela minha própria família mesmo, os meus avós costumavam sair bastante, “ah vou na cidade, vou comprar alguma coisa”. E eles ficaram um período muito longo dentro de casa, eu vi o meu avô, no caso, tendo um quadro de início de depressão, devido às perdas de pessoas conhecidas decorrente da própria Covid-19, então eu vi que a questão da ansiedade e a depressão tiveram um impacto muito grande, além de outros. Como as pessoas focaram tanto na questão do distanciamento, tanto na questão da pandemia que esqueceram de outros cuidados pessoais, da própria saúde (ACS Thais Almeida - MAI/23 Almeida - MAI/23).

Eu acho que atingiu bastante os idosos. Eu acredito que foram os mais prejudicados. Até então, o foco era eles ficarem em casa, os idosos, hipertensos, diabéticos, enfim, os que tinham comorbidade para não serem afetados por essa doença. E eles ficaram em casa literalmente. A gente tem pacientes que estão começando a fazer acompanhamento de novo agora. Vinham pegar medicação. A gente não restringiu em momento algum a retirada de medicação, mas que ficaram tomando medicação durante um tempo sem passar em consulta. E depois de dois anos que eles começaram. “Agora que tá melhorando, que tá usando máscara, eu vou começar meu acompanhamento novamente”. E foi assim. Mas tiveram algumas linhas de cuidado que não teve como parar. Atendimento de gestante, de criança, de pessoas com tuberculose, algumas doenças, não teve

como parar. Então, foi contínuo. A gente arrumava um jeito de atender essas pessoas. E se fosse o caso também do diabético e do hipertenso, a gente faria a mesma coisa. Era só eles terem disponibilidade e coragem de vir, porque eles estavam com muito medo (ACS Raquel - MAI/23).

Um MFC da AP 3.3 observou que a ênfase no diagnóstico e tratamento de síndromes gripais por suspeita da infecção pelo SARS-CoV-2 trouxe à tona outras doenças respiratórias, como tuberculose, asma e bronquite. O foco nos quadros respiratórios aumentou a conscientização sobre sintomas relacionados, levando à identificação e tratamento de outras condições respiratórias que poderiam ter passado despercebidas. Ele mencionou que, com a diminuição da pressão inicial da Pandemia, os programas de controle de tabagismo e outras iniciativas relacionadas a doenças respiratórias foram retomados. Isso ajudou a controlar outras condições pulmonares e a melhorar a saúde respiratória geral dos pacientes.

No COVID, também nessa parte de atendimento a sintomáticos respiratórios, a gente pega muitas coisas que tem a ver com outros problemas de saúde. As pessoas começaram a se preocupar mais com sintomas respiratórios. Então, a gente passou a identificar mais sintomáticos respiratório para a gente pensar em tuberculose, em outras doenças pulmonares, asma, bronquite, tabagismo. E a gente realmente voltou o grupo de tabagismo tem uns quatro meses atrás [2021] (MFC Márcio - OUT/21).

A APS como principal porta de entrada dos sistemas de saúde é sensível a sobrecarga contínua de demandas de saúde emergentes, desde surtos de doenças como sarampo e covid-19 até novas crises de saúde como dengue e chikungunya. As adaptações das unidades são constantes a fim de lidar com várias crises simultaneamente, o que exige uma flexibilidade e uma resposta rápida dos profissionais de saúde de forma rotineira.

Nas últimas semanas, a gente tem tido bastante gente, daí eu tava brincando assim com os colegas, eu tava lembrando e falando “gente vocês lembram quando a covid chegou estava no surto do sarampo?”. E aí gente estava enlouquecido com sarampo, suspeita de sarampo, vacinando todo mundo, aí chega o COVID. Então, a gente está sempre com uma onda em cima da outra, mas é a vida na atenção primária. É isso. Aí vem dengue, vem chikungunya (MFC Caroline Oka - NOV/21).

5.2.3.4 Covid longa ou Síndrome pós-covid

Segundo estudo multicentrico realizado pela Organização Pan Americana de

Saúde em conjunto com o Ministério da Saúde publicado em 2021, a covid longa é considerado o estado de não recuperação completa por muitas semanas, meses ou anos após contrair a infecção por SARS-CoV-2. De acordo com a OMS esta condição pós-covid-19 pode ser definida como aquela que ocorre em indivíduos 3 meses após infecção provável ou confirmada por SARS-CoV-2, com sintomas que duram pelo menos 2 meses, não pode ser explicada por um outro diagnóstico diferencial e geralmente afeta o funcionamento diário. Entretanto, inúmeros outros estudos consideram períodos mais precoces de surgimento ou manutenção de novos sinais e sintomas, algo em torno de 28 dias após o diagnóstico da infecção, sendo o fator mais relevante para a caracterização da Covid longa a persistência por período arrastado dos novos agravos de saúde. Uma ampla gama de sintomas tem sido relatada, como exaustão, falta de ar, dores musculares, disfunção cognitiva, cefaleia, palpitações, tonturas e aperto ou peso no peito entre os mais comuns (123).

A covid longa ou síndrome pós-covid foi pontuada por apenas uma das profissionais médicas entrevistadas. Interessante notar que não foi tema recorrente entre os profissionais das diversas categorias entrevistadas o que diverge do encontrado na literatura. Em pesquisa rápida no Portal da BVS no primeiro semestre de 2024 com o descritor “Síndrome de COVID-19 Pós-Aguda” foram identificados mais de 6000 resultados assim como usando o descritor “Post-Acute COVID-19 Syndrome” no PubMed gerou mais de 3000 artigos.

Uma única MFC atuante na AP 3.3 à época da entrevista em novembro de 2021 relatou a experiência com pacientes com covid longa. Em sua experiência, observou fadiga, mal-estar e queixa de disfunção erétil. A profissional pontuou a fragilidade da rede para referenciamento e acompanhamento compartilhado com a atenção secundária que via de regra é realizado a partir da solicitação via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) no que tange a fisioterapia respiratória. Esta extremamente importante no contexto do acometimento respiratório causado pelo SARS-CoV-2. No estado do Rio de Janeiro, em maio de 2021, o Hospital Universitário Pedro Ernesto vinculado a Uerj abriu o Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid, com fluxo via Sistema Estadual de Regulação (SER). A MFC viu com atraso essa abertura do serviço especializado e destacou a tentativa de maximizar os recursos disponíveis na APS para apoio e manejo deste grupo de pacientes.

tem chegado menos pessoas com síndrome da covid longa, mas

atendi alguns pacientes, principalmente ali no finalzinho do novembro do ano passado [2020] que eram pessoas vindas dessa primeira grande onda. [...] A gente tinha um fluxo via SISREG que eu nunca vi funcionar, que era fisioterapia respiratória pós-covid que a gente inseria e nunca saía. E aí, com muito atraso, começou a ter o serviço da UERJ, multiprofissional de atendimento ao paciente pós-covid, mas que era um fluxo via SER. [...] Eu cheguei a atender e acompanhar principalmente fadiga, mal-estar, tive uns dois pacientes com disfunção erétil pós infecção. Mas a gente fazia o que podia na atenção primária.” (MFC Carol Oka).

5.2.3.5 Protocolos, prescrições e demandas por medicamentos

Inúmeros foram os protocolos produzidos ao longo dos anos da Pandemia covid-19 com intuito de orientar os profissionais de saúde em diversas esferas como medidas de proteção, diagnóstico e tratamento. O tópico tratamento foi pauta extremamente controversa com várias propostas de abordagens terapêuticas principalmente na fase inicial da pandemia, momento em que se carecia de evidências científicas pela escassez de pesquisas. No Brasil, houve ainda grande influência do cenário político nacional, com comportamento negacionista do chefe do poder executivo e inúmeras declarações sugerindo o uso de medicamentos sem comprovação de eficácia contra o SARS-CoV-2, como hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina entre outros. O Ministério da Saúde passou por quatro diferentes comandantes no primeiro ano da pandemia e a rotatividade a frente da pasta refletiu nas publicações aos profissionais. Com a evidente participação política no que deveriam ser normas regidas por dados técnicos, algumas prefeituras se organizaram e lançaram documentos em conjunto, a exemplo da “Nota Técnica Conjunta Atualizações Sobre O Manejo Clínico Da Covid-19 Na Atenção Primária À Saúde - Tratamento Medicamentoso” produzida pelas SMS do Rio de Janeiro, Florianópolis e Porto Alegre e publicada em 22 de maio de 2020.

Os profissionais da APS carioca viveram as repercussões desse contexto político em incontáveis situações. Uma MFC AP 2.2 observou que, a despeito do agente etiológico da covid-19 ser um vírus, muitos pacientes solicitavam a prescrição de azitromicina, que é um antibiótico da classe dos macrolídeos empregada no tratamento de infecções bacterianas. Portanto, sem fundamentação para o cuidado da covid-19. A profissional hipotetiza que essa situação pudesse estar vinculada a um aspecto cultural de tratamento de dor de garganta com algum antibiótico.

Eu não tive tantas situações em que os pacientes chegaram demandando kit COVID, cloroquina, essas coisas... Com um pouco mais de frequência azitromicina, mas eu acho que isso já é um negócio, não sei, da galera do bonde da dor de garganta, “ah, eu estou com dor de garganta, me dá uma azitromicina, um benzetacil”, nessa lógica (MFC Júlia Horita).

Episódios de pressão e ameaças por parte de pacientes não foram incomuns na APS carioca nas mais diferentes áreas programáticas. Uma MFC da AP 3.3 relatou enfrentamentos desgastantes com pacientes que insistiam em receber determinados medicamentos os quais se tornaram conhecidos e populares pela rápida disseminação de informações via redes sociais e aplicativos de mensagens. A resistência em seguir uma prática baseada em evidência e não prescrever fármacos sem eficácia comprovada, muitas vezes gerou confrontos verbais e ameaças, tornando o ambiente de trabalho estressante.

O que me destruía por dentro, me deixava muito cansada, era quando chegava uma pessoa e queria te encarar, te ameaçar, porque “Como assim você não vai prescrever azitromicina? Eu fui na UPA e me prescreveram! Fui em tal lugar e me prescreveram...prescreveram para o meu vizinho.” Lógico que a gente tem autonomia de não prescrever, baseado, sempre tentando basear em evidências a nossa prática, mas as pessoas as vezes são muito violentas, não querem saber que a gente tá trabalhando com ciência. Então foi bem desgastante (MFC Caroline Oka - NOV/21).

Em meio aos atendimentos, foram notadas por alguns profissionais prescrições divergentes entre a APS e as unidades de pronto atendimento, o que gerava indagação principalmente quando a unidade de urgência/emergência era da rede SUS. Pacientes frequentemente traziam prescrições de medicamentos não recomendados ou buscavam transcrição de receitas de outras fontes, incluindo a rede particular. Um comportamento semelhante a um *self-service* foi descrito por uma enfermeira da AP 2.2 em que os usuários queriam escolher suas prescrições da mesma forma que em outro momento da pandemia quiseram escolher a vacina.

Seguíamos os protocolos bem, sempre o papel de acordo com o Ministério da Saúde. Sempre. Agora, muitos usuários pedindo várias medicações, que até hoje, e hoje acontece o inverso, acontece com a vacina. “Eu quero a vacina tal” hoje nós saímos do COVID para assumir a vacina. E aí, já chegam dizendo “eu quero essa vacina” “eu quero isso”. Era o mesmo processo na época da pandemia: “ah, eu quero um antibiótico” que “eu quero tal medicação” “eu quero ivermectina” “ah eu quero...” Já chegavam assim “eu quero isso, porque isso é melhor”. E a gente via que tinha muita diferença. Às

vezes, não entendia, porque aquele usuário que tinha sido atendido em uma unidade de pronto atendimento que tinha que seguir o mesmo processo que a estratégia de saúde da família e ele às vezes ele vinha com a prescrição totalmente diferente. E a gente também é SUS e porque que ele tá vindo aqui com essa medicação que não tem... não tem lógica né. Não é o que o Ministério tá recomendando para o quadro que ele tá apresentando hoje. Tinha muita... muita divergência. Mas não, assim, dentro da unidade, protocolo seguindo fio a fio, bem organizado mesmo (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

Dois enfermeiros da AP 2.2 destacaram que, em suas unidades, o tratamento seguia estritamente os protocolos do Ministério da Saúde. O foco era em tratamento sintomático, utilizando analgésicos e soro fisiológico, e reservando antibióticos apenas para infecções bacterianas confirmadas. A forte demanda por medicações como a ivermectina, mencionada por um deles, reflete a influência de desinformação e a busca desesperada dos pacientes por uma solução rápida, complicando a adesão ao tratamento baseado em evidências.

Ivermectina foi assim o auge. Muito! Cloroquina algumas. Alguns vindo da rede particular, com prescrição totalmente diferentes. Pacientes que assim... não tinham uma ausculta alterada, não tinha nada para estar fazendo uso de antibioticoterapia. E aí, quando a gente falava assim, “o senhor vai observar os sinais de alarme: febre alta, falta de ar” orientava tudo de acordo e eles diziam “não, mas eu quero meu antibiotico, eu já tenho que iniciar o antibiótico”. Ou então vinham com a prescrição para transcrever. Porque os pacientes eles não se conformavam de determinados atendimentos, então eles iam a vários lugares (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

Sempre o tratamento que foi implementado lá na clínica, no posto onde eu trabalho era sempre aquele tratamento sintomático. Então era sempre o analgésico, anti-inflamatório... não, anti-inflamatório não, desculpa. É analgésico, antialérgico e soro fisiológico, então essa prescrição feita pelos médicos não passava disso. No máximo, claro, se tinha uma infecção bacteriana de garganta, antibiótico e anti-inflamatório (ENF Leônidas - MAR/22).

Uma ACS da AP 4.0 relatou a dificuldade emocional de lidar com a falta de medicações eficazes específicas para covid-19. A incerteza sobre o tratamento e a ausência de medicamentos direcionados aumentaram a ansiedade e a sensação de impotência entre os pacientes e os próprios profissionais de saúde.

Por não ter uma medicação, foi muito conflituoso, porque em alguns momentos você acha que está melhorando, mas depois vem outro sintoma, e você pensa assim “não tem remédio para tomar e o que eu ou fazer?” Tem um vírus no meu corpo que ninguém conhece, que

ninguém sabe as características dele em si. Então o que eu vou fazer? Não tinha o que fazer. Então era repouso, bastante líquido, tentava me alimentar da melhor forma, e a dipirona. Só (ACS Mayara - AGO/20).

A resistência dos pacientes às recomendações médicas exigiu um esforço constante de educação e orientação, como descrito por uma ACS da AP 2.1. O trabalho envolvia desmistificar a automedicação e enfatizar a necessidade de avaliações profissionais. Nesse sentido, destaca-se a importância do papel dos ACS, como elo com a comunidade, na propagação de informações corretas. A persistência em orientar os pacientes sobre os riscos de medicamentos não comprovados e a importância de seguir os protocolos de saúde pública foi essencial para enfrentar a pandemia com base científica e responsabilidade.

[...] porque achava que se tomasse aquilo, ia ficar bem e tal, aí é como eu falei, aquele trabalho de formiguinha, de todo dia você estar ali conversando, orientando da melhor forma, não é se auto-medicar, tem que ter uma avaliação de um profissional, porque o que faz bem para você, não vai fazer bem para mim, então assim, alguns tiveram muita resistência (ACS Letícia - MAI/23).

Dentre os muitos tipos de medicamentos apontados como potenciais para o tratamento da covid-19, a hidroxicloroquina e a ivermectina receberam grande atenção do meio científico e da mídia, principalmente nos primeiros meses após a declaração da pandemia. Os profissionais de saúde trouxeram diferentes experiências sobre a prescrição ou não destes medicamentos. Um MFC da AP 4.0 descreve sua tentativa de separar fontes científicas confiáveis disponíveis até aquele momento da entrevista, em julho de 2020, em relação ao uso e aplicabilidade da hidroxicloroquina. A partir disso questiona se diante de alguns parâmetros, como a compreensão dos riscos pelos pacientes, não seria uma possibilidade real de prescrição.

No início da pandemia, a gente era bombardeado o tempo todo com muita informação. Na verdade, muita falta de informação. Essa foi a grande discussão que a gente teve lá na clínica (MFC Caio - JUL/20 Faria)

Comecei a ver que muitas pessoas, tirando fake news, as pessoas radicais, as matérias sensacionalistas bizarras, negócio com vínculo político e tal, isso tudo a gente jogava no lixo, mas tinha alguma coisa que mostrava que determinadas pessoas estavam usando do ponto de vista populacional já há muito tempo e não tinha tanto efeito colateral quanto a galera que era contra falava que tinha. E aí eu

comecei a refletir, individualmente se eu estou acompanhando meu paciente. O paciente entende dos riscos. Sabe que é medicação que não tem evidência, mas tem mostrado algum tipo de diminuição viral in vitro, por que não oferecer? Aí eu comecei a discutir isso com os pacientes (MFC Caio - JUL/20 Faria).

Em outra AP da cidade, a 3.3, um MFC descreve que o uso do chamado tratamento precoce foi tema de ações de educação permanente com os profissionais da unidade e que acredita que medicamentos como hidroxicloroquina e ivermectina talvez tenham sido prescritos nos momentos iniciais da pandemia. Ele reforça as principais recomendações quanto ao cuidado baseado nos sintomáticos, aumento da ingestão hídrica e alimentação saudável, além de repouso.

A gente tentou fazer algumas ações também para dentro, para a equipe, de educação permanente, conversando um pouquinho sobre o debate. Enfim, o que tinha sobre o tratamento precoce e tal. Mas eu acho que foi muito esporádico assim algumas pessoas, pacientes, iam até a Unidade procurando esse tipo de medicação e tudo, e a nossa conduta muitas vezes é para individualizar o caso. Como recomendação geral, a gente seguia as normas mais substantivas: Organização Mundial da Saúde, a própria nota técnica da Prefeitura do Rio. Mas assim, talvez em algumas situações, tenha sido prescrito individualmente uma situação ou outra, esse tipo de tratamento, que hoje acho que a gente já tem bastante evidência de que não é recomendada (MFC Márcio - OUT/21).

O tratamento principal que a gente orienta lá é alertar para sinais de gravidade, repouso, beber líquido, e afastar da atividade profissional ou da escola. Esse foi basicamente a nossa orientação mais geral durante a pandemia e até agora (MFC Márcio - OUT/21).

Alguns profissionais de saúde afirmaram o não uso de medicamentos direcionados ao tratamento da covid-19 e destacaram o uso dos chamados sintomáticos. Em muitas situações, esse posicionamento gerou conflitos com os usuários. Um das MFC enfatizou a consistência entre seu tratamento pessoal e o cuidado com seus pacientes, recusando-se a usar ou prescrever medicamentos sem evidência comprovada de eficácia contra a covid-19. Ela destacou que, apesar das pressões e controvérsias políticas, manteve-se fiel à prática baseada em evidências.

Não, não fiz. Porque assim como eu tava na linha de frente, eu não prescrevi para os meus pacientes, então assim, eu não faria algo diferente comigo, entendeu? Não, porque assim, eu sabia que não tinha evidência ainda. Eu sei que tem toda uma questão política e polêmica, mas eu não fiz, porque eu não faria isso para os meus pacientes (MFC Talita - JUL/20).

Uma MFC da AP 3.3 também compartilhou que seguir uma abordagem baseada em evidências foi tranquilo para ela, evitando o uso de medicamentos sem eficácia comprovada. Ela tratou sua própria infecção pelo SARS-CoV-2 usando apenas dipirona e hidratação, em linha com o que prescrevia a seus pacientes.

Eu tenho, eu tenho toda minha pratica, minha formação baseada em evidências, então não foi nem um pouco, foi super confortável para mim. Acho que seria desconfortável se eu tivesse que tomar essas medicações comprovadamente não eficazes. Então, foi ótimo. Só tomei dipirona e água (MFC Caroline Oka - NOV/21).

Uma enfermeira da AP 2.1 destacou a discrepância entre a prática médica e a percepção pública influenciada pela mídia. As informações errôneas sobre combos de medicamentos, que recebeu o nome de “kit covid”, amplamente divulgadas, colocavam os profissionais de saúde em posições desafiadoras, gerando conflitos com pacientes que acreditavam estar sendo privados de tratamentos eficazes. Ela mencionou que essa desinformação frequentemente resultava em confrontos com pacientes, que viam a recusa em prescrever tais medicamentos como uma negligência ou crime. Ela comentou sarcasticamente que, em alguns casos, parecia que os profissionais precisariam chamar a polícia para lidar com as reações agressivas dos pacientes.

Aí vinha a mídia falando as coisas, falando que tinha que tomar certos medicamentos, que tinha certos combos de medicamentos, e pra gente isso não existia. Aí a gente ficava parecendo que estávamos cometendo algum crime. Aí a gente falava, “Vamos chamar a polícia para vocês!” Sempre era isso (ENF Bruna Campos - OUT/23).

As narrativas destacam a firme adesão da maioria dos profissionais de saúde da APS aos princípios da medicina baseada em evidências, mesmo sob intensa pressão social e desinformação. Essa abordagem foi crucial para manter a integridade do cuidado fornecido durante a pandemia. A influência da mídia e a disseminação de informações incorretas sobre tratamentos criaram desafios significativos para os profissionais de saúde, levando a conflitos com pacientes e a uma necessidade constante de reafirmar as práticas científicas. A experiência com pedidos constantes de “kit covid” e a pressão dos pacientes demonstram a necessidade de fortalecer a comunicação e a educação em saúde, para combater a desinformação e promover tratamentos eficazes.

5.2.3.6 Consultório na rua (CnaR)

Segundo o Ministério da Saúde, Consultório na Rua é considerada uma estratégia, cujo principal objetivo é ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, instaurada na PNAB de 2011. São equipes multiprofissionais e, em geral, trabalham em parceria com unidades básicas de saúde na APS. Dentro do grupo dos entrevistados, uma das enfermeiras atuava na AP 5.1, na zona oeste do Rio de Janeiro, em uma equipe do CnaR e como responsável técnica de enfermagem da clínica da família base deste CnaR. Durante a pandemia de covid-19, as equipes de saúde enfrentaram desafios significativos ao orientar e cuidar da população em situação de rua, que é uma população altamente vulnerável. As pessoas em situação de rua costumavam se aglomerar, tornando difícil a implementação de medidas de distanciamento social. Esses indivíduos, muitas vezes organizados em pequenos grupos, ficaram mais dispersos em sua região e enfrentaram um aumento nas dificuldades, especialmente relacionadas à falta de acesso a alimentos. O período de *lockdown* reduziu as oportunidades de trabalhos informais. Somado a isso, o aumento do desemprego contribuiu para situações de despejo e famílias inteiras indo para a rua.

Orientar esse tipo de população que fica na rua, com o COVID, foi muito louco, porque eles ficam grudados um no outro. E aí tiveram várias situações. O que chamou mais a atenção da gente aqui, a nossa gerente até fez o mestrado dela em cima disso, foi que a gente tinha muitos pacientes que conseguem comida, essas coisas, na rua. Quando a gente foi pra rua pra orientar eles contra o COVID, contra essas coisas, teve o *lockdown*, que ficou um mês e pouco. Aqui, eles ficam muito tempo... eles ficam espalhados, eles fazem grupos pequenos de 5, 10 pessoas, mas eles não fazem igual uma cracolândia como a que tem no Acari, ou quando a gente vê ali na Avenida Brasil, não é assim que fica pra cá, eles ficam bem espalhados. A gente tem só em Senador Camará, sei lá, aí tem uma concentração de 50 pessoas na linha do trem, mas fora do hospital a gente não tem um grupo assim. E aí, quando a gente foi pra rua, a queixa deles não era nem disso. A primeira coisa foi que eles começaram a procurar a gente aqui na clínica, que é muito afastado de onde eles fazem o uso da droga e tudo mais. Mas eles sabiam onde a gente fica, então eles vieram procurar muita gente com demandas clínicas que eles nunca pedem. Procurando por saúde, porque estavam com medo de eles terem uma hipertensão, uma diabetes, não sei o quê e poder piorar. Então, eles procuraram a gente, que isso era muito incomum naquela época. E o fato deles não conseguirem comida, porque as igrejas, as ONGs, todos os tipos de religiões que davam, a gente que fornecia um lanche pra eles, a gente perdeu esse lanche na época da COVID. Então assim, várias coisas que eles

comiam, e outras, eles não podiam trabalhar, fazer bico, que eles trabalhavam, aqui eles trabalham muito de flanelinha de estacionamento. E aí tava todo mundo dentro de casa, as lojas fechadas, tudo fechado, eles não estavam comendo, eles não conseguiam nem dinheiro pra comer. Então a queixa deles quando a gente foi, foi comida, assim, que é um negócio muito diferente. Então isso marcou muito a equipe do Consultório na Rua, que foi pra além (ENF Luciana - JAN/24).

A gente não teve muitos casos de COVID com a população de rua. A gente chegou uma época a receber uma quantidade para a gente testar assim livre, independente de estar assim assintomático, e a gente não teve tantos casos positivos, mas a gente teve essas questões mais vulneráveis, já são vulneráveis, então isso ficou pior, sabe? Com a COVID, as pessoas não queriam, a gente, todo mundo ficou com medo, não queria se aproximar de ninguém, então não tinha nem, quanto mais para a população em situação de rua. Quem dava comida não dava mais, quem oferecia uma água para eles não dava mais, então eles ficaram realmente pedindo para ir para o abrigo, que eles normalmente não pedem tanto. Então, é isso, marcou muito para a gente, como equipe (ENF Luciana - JAN/24).

A pandemia gerou medo, levando alguns a procurar serviços de saúde que antes evitavam, preocupados com condições de saúde que poderiam agravar os sintomas da covid-19. Esta mudança de comportamento chamou a atenção da equipe do CnaR. Apesar das dificuldades vivenciadas, a profissional narra algumas estratégias utilizadas pela equipe no período, como tornar a unidade ponto de referência, a oferta de água e do espaço disponível.

Mudou todo o nosso cenário de 2020 para cá, a quantidade de pessoas eu acho que triplicou na rua, depois do COVID. E tanto que aqui a gente tá querendo montar um outro consultório, porque a população tá tão grande, a gente não tá dando conta mesmo. A gente dava conta, e aí depois do COVID, tudo mudou. E alguns pacientes que são mais antigos, muitos pacientes são antigos, que vieram, começaram a procurar a gente, e eles têm demandado muito aqui na clínica. Eles vêm, porque como é perto da linha do trem, eles conseguem pegar o trem e vêm. Então eles têm vindo muito procurar gente, que é uma coisa que a gente até faz reunião toda hora e fala, “cara, depois do COVID, como os pacientes têm vindo!” Então a gente tá tendo um grande número de população de rua vindo procurar a gente aqui mesmo, na Unidade. Então a gente não pode nunca deixar a unidade sem um profissional nosso, porque eles vêm direto, já sabem onde é a sala. Então a gente vai meio que se ajustando assim. Então isso foi depois do COVID. Porque eu tinha que implorar pra eles virem pra cá antes (ENF Luciana - JAN/24).

Tinha uma família inteira, assim, no auge do COVID também, não sei se foi março ou abril ou maio, mas foi bem nesses primeiros meses,

tinha uma família toda assim, uma mãe com marido e duas crianças pequenas, que eles montaram uma barraca igual a uma casa e a gente ficou muito assustada, porque a gente não conhecia eles, fomos até eles e aí eles falaram, "não, gente, eu perdi, eu trabalhava informal, não posso mais trabalhar informal", acho que ele vendia coisas, não sei o quê, e aí ele foi pra rua porque ele perdeu o aluguel (ENF Luciana - JAN/24).

A gente deixa, "tô cansado, não tô aguentando, posso ficar deitado um pouco?" A gente deixa, que às vezes eles querem por causa do calor, aí querem ficar um pouco, entendeu? A gente começou a dar água pra eles congelada. A gente tanto leva pra rua quanto tem gente que vem aqui buscar, então a gente usa a geladeira, gela um pouco pra eles, com garrafa que a gente recicla mesmo, pra dar pra eles, porque por causa desse calor que tá fazendo. E por doença mesmo, eu tenho percebido que eles têm procurado muita gente por questão clínica, por estar doente, ou por fazer exame de rotina, que pra eles não são comuns, mas eles têm procurado. Mas é o vínculo também, muitos anos, nove anos já que tem o consultório na rua na clínica da família. E aqui eles têm muito vínculo com a equipe (ENF Luciana - JAN/24).

A experiência relatada por esta enfermeira ilustra a complexidade de atender à população em situação de rua durante uma pandemia e a necessidade de respostas flexíveis e compassivas. A manutenção de serviços de saúde acessíveis e a adaptação das estratégias de apoio são fundamentais para mitigar o impacto das crises em populações vulneráveis, destacando a importância da APS na resposta a emergências de saúde pública.

Eu não sei se eles viram que não fecharam a porta, não sei se teve muita porta fechada no COVID, por medo mesmo dos profissionais, das pessoas, que aqui eles vieram e a gente falou, "não, fica aí", é sempre assim, "bota a máscara, fica, só bota a máscara", e aí, entende? A gente não restringe o acesso deles aqui, eles ficam, às vezes não tem que fazer nada, querem sentar e ficar um pouco (ENF Luciana - JAN/24).

5.2.3.7 Ensino e atividades acadêmicas

Na APS do Rio de Janeiro, além dos Centros de Saúde Escola, inúmeras CF e CMS são cenários de ensino-aprendizagem para acadêmicos bolsistas, internatos médicos de universidades públicas e faculdades privadas e os programas de residência. A capital fluminense possui o maior Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do país, vinculado à SMS-RJ, que forma mais de 100 especialistas por ano. Além disso, instituições tradicionais como UFRJ e UERJ também possuem PRMFC contribuindo de forma expressiva para a especialidade.

Necessário destacar também o Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família importantíssimo na geração de especialistas.

Nesse contexto, vários profissionais entrevistados descreveram os desafios de equilibrar as atividades docente-assistenciais durante a pandemia de covid-19.

Em algumas unidades, as atividades desenvolvidas pelo internato incluíram, por exemplo, a criação de uma planilha de telemonitoramento dos pacientes sintomáticos e/ou que testaram positivo para o SARS-CoV-2 em que era organizada a listagem de casos e as informações obtidas após contato.

[...] quando o COVID chegou as aulas foram suspensas e eles ficaram trabalhando online. E aí foi que a planilha se expandiu. De imediato, os residentes já tinham montado essa planilha e eles [internos] foram só organizando melhor, separando por equipe, fazendo telemonitoramento, tantas horas ligando. Então foi uma coisa bem mais organizada que também ajudou muito nesse processo, os meninos ligavam e “olha, como é que o senhor tá hoje?” “Ah, hoje eu tô com falta de ar, não tô me sentindo bem”. “Então volta para unidade para fazer uma reavaliação”. Ajudou muito nosso monitoramento também essa organização, esse telemonitoramento, porque ele já estava na realidade no protocolo da Prefeitura, mas ele não tinha uma organização (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

A residência médica, que já era intensiva em termos de aprendizado e prática antes da pandemia, tornou-se ainda mais desafiadora. A carga de trabalho aumentada, combinada com a incerteza sobre a doença e as longas horas de atendimento, resultou em uma sobrecarga emocional e física significativa para os residentes. Estes se formaram com uma experiência intensiva focada no covid-19, o que, por um lado, garantiu habilidades práticas, mas, por outro, deixou lacunas em áreas importantes da MFC como a abordagem comunitária.

[...] a residência, ela é um intensivo de conhecimento fora desse contexto da pandemia, nem uma coisa que eu reclamaria, assim, porque é algo que eu considero que é um divisor de águas da minha construção como profissional e, para isso, talvez essa densidade de conhecimento, ela seja necessária, mas juntando, a sobrecarga do trabalho na unidade de saúde que foi, junto com a angústia do desconhecido, junto com a carga horária, é algo que pesa muito na nossa... Na nossa vida mesmo, como pessoa, na nossa vida como profissional de saúde, foi bem puxado (ENF Kátia Brito - OUT/23).

[...] eu sou preceptora de residência, a gente tem aí uma turma se formando agora [NOVEMBRO 2021], que são médicos de família e COVID, não são médicos de família e comunidade. Eles são pessoas que fizeram a formação inteira durante a pandemia. [...] pela nossa

preocupação com a formação desses residentes, também gera sofrimento para a gente. E eu acho que eles ficam muito angustiados, e ansiosos por terem perdido algumas oportunidades por causa da pandemia. Eu acho que isso também são questões importantes no contexto do meio de trabalho, dentro da residência médica. [...] É o desafio da formação. Assim, eu consigo elencar algumas coisas, acho que assim: uma coisa que é muito difícil, é o processo de trabalho em si. Acho que o processo de trabalho fica muito comprometido. É isso. O Rio de Janeiro precisa da gente como mão de obra também. Precisam dos nossos residentes como mão de obra. Então, algumas coisas que são relacionadas ao ensino, ficam muito escanteadas e ficam desvalorizadas. E eu entendo que é uma necessidade em saúde, a necessidade do serviço. Mas eu acho que isso é um grande prejuízo e acaba sendo desafiador. [...] uma coisa que é superimportante que ficou de lado na pandemia, que é a comunidade, a gente teve muito mais dificuldades de fazer abordagem comunitária. Eu percebo que isso acabou sendo uma fragilidade dos nossos residentes, da formação agora. Porque realmente, assim, você não conseguir reunir pessoas, para ficar em grupo dentro de uma sala.. (MFC Julia Horita - NOV/21).

Desenvolver estratégias que equilibrassem a necessidade de serviço com a formação educacional dos residentes foi uma das inúmeras necessidades a serem supridas frente as adversidades impostas pela pandemia. As experiências foram diversas entre as unidades de saúde e entre os momentos epidemiológicos vividos, ora com interrupção total do calendário acadêmico, ora com parcial. Uma estratégia narrada foi a de que a partir do rodízio de profissionais nas unidades quem não estivesse presente, participasse das atividades educacionais de forma remota. Essa adaptação foi crucial para manter o ensino minimizando o risco de contaminação entre os residentes.

O avanço no uso de tecnologias, como celulares e plataformas de comunicação digital, permitiu a continuidade das atividades educacionais mesmo à distância. Isso incluiu a condução de aulas e debates online, ajudando a manter a educação dos residentes ativa mesmo durante o isolamento.

A gente recebeu acadêmico e a gente fez uma organização também, um plano para os acadêmicos para a gente não deixar para trás essa vertente do ensino. Eu acho que em relação aos residentes, a gente montou uma experiência diferenciada. [...] A gente avançou muito também no uso da tecnologia e da questão de usar o celular. Então, às vezes, o residente tá numa atividade em casa, aí a gente consegue conectar e fazer uma aula e fazer um debate. Então, ele também foi uma questão lá no começo da pandemia. Tinha uma combinação para não ficar muitos profissionais da Unidade, de ter rodízio de profissionais e com os residentes isso também acontecia, então tinham dias que eles não estavam na Unidade. E aí, a gente mesmo

mantinha algumas atividades docentes mesmo à distância, mesmo quando eles estavam em casa, então a gente sustentou atividades de ensino assim o tempo inteiro (MFC Marcio - OUT/21).

Unidade de residência, então a gente meio que precisou interromper todo o calendário assim, de canal teórico... acabar com tudo basicamente. "Vocês vão atender COVID, e vão ter três de vocês que vão ficar atendendo demanda não COVID que talvez surja." [...] Na outra Unidade que é vinculada à Estácio [universidade], é uma unidade escola, então quem fazia os atendimentos eram os internos, aí sempre ficava professores lá para supervisionar esses internos fazendo esses atendimentos. O internato foi suspenso. Não tinha mais internos. Era só uma escala de três médicos (MFC Átila - OUT/21).

A pandemia de covid-19 forçou uma rápida adaptação nas práticas de ensino e na formação dos profissionais de saúde. Enquanto algumas inovações, como o uso de ferramentas de telemonitoramento e tecnologias de ensino à distância, trouxeram benefícios significativos, os desafios na manutenção de um equilíbrio entre as necessidades de serviço e o ensino completo destacaram a necessidade de ajustes futuros. A experiência narrada pelos entrevistados destaca a importância de uma abordagem integrada que fortaleça tanto o ensino quanto a prática clínica, preparando os profissionais de saúde para responder eficazmente a futuras crises enquanto mantêm uma formação abrangente e de alta qualidade.

5.2.3.8 Presença de diferentes classes sociais no SUS

A pandemia covid-19 foi um momento em que por razões diversas, indivíduos de diferentes classes sociais recorreram ao SUS para suporte. Seja no momento da testagem, na avaliação de emergência – e uma possível internação – até o momento da campanha de imunização. Esta, inclusive, foi comandada pelo Ministério da Saúde e as secretarias municipais, com distribuição dos imunizantes exclusivamente pela rede pública de saúde. Os profissionais de saúde trazem observações coletadas ao longo de todo o período de trabalho.

Especialmente, durante a campanha de vacinação, os profissionais alocados nos postos, tanto nas unidades quanto externos a elas, experimentaram uma variedade de comportamentos. Relatos de situações em que pessoas tentavam usar suas posições sociais ou cargos para receber tratamento preferencial foram frequentes. Casos de "carteirada", em que indivíduos se identificavam como juizes, bombeiros ou figuras públicas, foram comuns. Essas atitudes muitas vezes geravam

tensões com os profissionais de saúde responsáveis pela triagem, esta necessária por conta dos critérios estabelecidos pela SMS-RJ para receber o imunizante.

Houve uma grande diversidade de perfis de usuários, desde aqueles que chegavam sozinhos até famílias inteiras que transformavam a sua vacinação em um evento coletivo. Esse fenômeno reflete tanto a importância atribuída à vacinação quanto a necessidade de acompanhamento social e emocional durante o processo. Um MFC da AP 4.0 recorda o momento de atuação em ponto de vacinação na zona oeste do Rio de Janeiro.

Ali é ponto nevrálgico, onde acontece a triagem dos carros que acontece de tudo... gente que chegou com carteiraada, dá carteiraada e fala “eu vou entrar, porque eu sou juiz” “porque eu sou bombeiro” “que eu sou mais o que” “O senhor está me impedindo de tomar a vacina, é isso?” [...] Outra coisa que eu percebo tem gente que vem sozinho, tem gente que vem de táxi, tem gente que vem com o cachorro, tem gente que vem com a família inteira e o carro cheio de gente para um vacinar. Se tornou um evento para família é uma coisa interessante, e não é um número pequeno, acontece isso com frequência. Tem os artistas que vão, tem as autoridades que vão, e vão ser vacinadas. Aí só tem uma reação do público de nós servidores que estão ali servindo tem uma reação e varia de acordo. O Crivella teve lá na terça-feira agora que eu fui, a reação eu não vi, porque estava em outro posto, mas a reação em relação à presença dele foi uma, com o Djavan que eu tava na outra semana foi outra (MFC Luiz Zanine).

Ilustrando o princípio da universalização do Sistema Único de Saúde do Brasil, um enfermeiro da AP 2.2 descreve características da população atendida pela sua unidade, na zona norte do Rio de Janeiro.

[...] tem muita classe média sim. Mas até que eu tenho outro lado também: eu tenho, por um lado, muita classe média que perdeu o emprego e está buscando os serviços do sistema único, e também tenho população vulnerável também da equipe da Bandeira. Eu pego a área da Vila Mimosa, eu tenho um abrigo de mulheres em situação de rua, entendeu? Eu tenho duas residências terapêuticas, onze abrigos de idosos. Alguns desses abrigos são até de rede particular, mas cerca de metade deles não (ENF Leônidas - MAR/22).

Importante o registro de que em muitos momentos conflitos foram gerados com os profissionais de saúde da linha de frente. Enquanto a população vulnerável geralmente aceitava as orientações e os recursos disponíveis no SUS, a classe média e alta frequentemente exigia acolhimentos específicos ou recusava certos protocolos, criando uma tensão adicional para os profissionais de saúde.

[...] eu acho que as pessoas que têm um poder aquisitivo maior, elas acham que elas podem tudo. Chega lá, "sabe quem eu sou?" Já começa a querer se impor. "Ah, eu vou ligar pro Secretário, eu vou ligar", entendeu? Então, é mais, eu acho que é sobre o poder aquisitivo, de chegar lá, "ó, você sabe quem eu sou?" "Eu quero tomar tal vacina, entendeu?" Então, já teve algumas pessoas que chamaram a polícia, porque falavam que [os profissionais] não queriam dar a vacina e, às vezes, nem tinha vacina lá, entendeu? Então, eu acho que foi isso, porque, assim, na Rocinha, eu não vi nenhum caso da pessoa querer ou escolher ou querer arrumar algum tipo de briga por conta de não ter aquela vacina que ela quer tomar [...] acho que é por conta do poder aquisitivo, ali no Jóquei, ali iam moradores de outros lugares, de Leblon, Ipanema, entendeu? Tanto que eles iam de posto em posto, "ah, eu tô vindo do Catete, lá me falaram que aqui tem a tal vacina", entendeu? Eles já chegavam assim (ACS Leticia - MAI/23).

Os entrevistados destacaram que a pandemia levou muitas pessoas de classe média, que haviam perdido o emprego, a recorrerem ao SUS pela primeira vez. Além disso, a eficiência do atendimento no SUS atraiu usuários de áreas mais abastadas, que encontraram nos serviços públicos uma resposta rápida, especialmente para testes diagnósticos de covid-19.

Esses novos usuários frequentemente chegavam com expectativas e exigências diferentes, baseadas em suas experiências com o setor privado, como a preferência por determinados testes (PCR sobre testes rápidos) e uma demanda por atendimento rápido e especializado, o que gerou conflitos e desafios para os profissionais de saúde acostumados a um sistema de triagem e encaminhamento mais criterioso.

Uma enfermeira da AP 2.2 se recorda de situações importantes de conflito durante a assistência a partir de uma postura de exigência de indivíduos economicamente mais favorecidos.

E da briga também, "porque eu quero a medicação". "Por que não tem?" "Porque vocês não prestam!" "Vocês não sabem nada!" "Porque eu fui no particular, eu fui no outro lugar e consegui" "Aqui vocês não querem passar". Isso foi demais. Nosso território é um território misto, onde a gente tem uma comunidade vulnerável e uma outra parte que não é, tem plano de saúde, tem condições, mas eles acessaram muito. Teve muita gente que tinha plano, condições e acessou nossa rede pela primeira vez. Foram muitos que chegaram lá "não, estou acessando pela primeira vez". Quando a gente abria o prontuário, a gente via, nunca tinha ido tomar uma vacina na unidade. Nada. Prontuário zerado (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

Por conta do exame que saía mais rápido do que na rede particular, muitos deles diziam isso. Porque também diziam que o nosso

atendimento, que o nosso fluxo, que ele estava tão bem organizado, que mesmo tendo muitas pessoas, não demorava tanto como eles estavam demorando na unidade hospitalar onde eles estavam procurando no território. E aí eles estavam procurando lá. Isso foi a informação e acaba que a informação acaba sendo disseminada. E aí eles acabavam indo na unidade. “Vai lá que o atendimento é rápido” (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

A mesma enfermeira relatou que a procura por testes rápidos e vacinas colocou uma pressão significativa sobre as unidades de saúde, especialmente quando os usuários insistiam em testes específicos fora do período ideal para sua realização. Isso criou um desafio logístico e de comunicação para assegurar que os pacientes recebessem o atendimento adequado enquanto gerenciavam suas expectativas.

Apesar dos desafios, muitos usuários encontraram no SUS uma alternativa eficiente ao setor privado, principalmente devido ao rápido tempo de resposta para exames e a organização dos fluxos de atendimento, que muitas vezes eram melhores que os do setor privado durante a pandemia.

Todos testavam. Todos queriam. Muitos queriam o teste, por exemplo, muitos queriam fazer o PCR, mas já tinham passado dos dias de sintomas, aí fariam o teste rápido, e isso às vezes gerava um conflito. Aquela situação “eu quero tal teste” também aconteceu muito isso. “Eu só quero...” “não quero teste rápido”. “Eu quero o PCR”. “Mas senhor não tá no período”, “o senhor já passou dois dias de sintomas, e o senhor hoje só é possível esse teste” também teve muito dessa situação. Mas foi muito procurada a unidade, muito.

Eram das pessoas mais afortunadas, com condições. As outras classes elas chegavam e assim, já chegavam nas condições muitas das vezes, numa situação já bem avançada da doença, que já chegavam para o atendimento e acatavam o que a gente estava falando. Às vezes a gente tinha situações com esta classe que a gente queria pedir ambulância, mandar ele de ambulância, a pessoa tinha medo e não queria que a pessoa saísse de ambulância, porque tinha medo do seu parente não voltar. Às vezes tinha esse tipo de discussão. “Não, porque se for para o hospital não vai voltar.” “Eu não quero que saia” “Eu não quero que vá para uma área hospitalar” Isso aconteceu muito também, mas isso a gente via mais nas classes desfavorecidas, você não via isso na classe economicamente mais estável. Nessa classe, a briga maior era pelas medicações, o protocolo, o exame. Eu quero isso, quero aquilo. Isso sempre foi bem nítido (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

Outros profissionais observaram que usuários acostumados ao sistema privado traziam consigo preconceitos sobre o atendimento no SUS. A relutância em ser atendido por enfermeiros em vez de médicos e a expectativa de um atendimento similar ao privado resultaram em frustrações e conflitos, especialmente quando suas

demandas específicas não podiam ser atendidas devido aos protocolos ou recursos disponíveis no SUS. “E essas pessoas que tiveram plano particular, não são todas, mas uma parcela tem muito preconceito de ser atendido geralmente por enfermeiro. Então já é uma barreira” (ENF Bruna Campos - OUT/23).

[...] não somente a minha equipe, mas principalmente as outras equipes que têm mais só asfalto, não tem comunidade, a gente sentiu muito esse aumento das pessoas que eram do particular e foram para o SUS. E essas pessoas geralmente foram muito demandantes, eram muito especialistas, coisa que a gente não trabalha dessa forma, a gente encaminha quando precisa. Então, essa população foi um pouco difícil de lidar (ENF Bruna Campos - OUT/23).

Os profissionais de saúde tiveram que lidar com situações complexas, como a chegada de pacientes de áreas mais privilegiadas buscando vacinas ou testes específicos, e a recusa de encaminhamento hospitalar por parte de famílias com medo de internação, especialmente em classes menos favorecidas, destacando a necessidade de habilidades de comunicação e gestão de conflitos.

A pandemia de covid-19 ressaltou as complexidades e desafios de gerenciar um sistema de saúde público em tempos de crise. A integração de novas práticas e tecnologias, a adaptação das infraestruturas e protocolos, e a capacitação dos profissionais de saúde são essenciais para melhorar a resposta a futuras emergências e garantir um atendimento de qualidade para todos os usuários.

5.2.3.9 Sobrecarga de trabalho

Ainda em março de 2020, muitos profissionais de saúde portadores de comorbidades e gestantes foram afastados mediante decreto municipal, seguindo as recomendações da OMS. Tal iniciativa, por um lado, tranquilizou os trabalhadores com maior vulnerabilidade, enquanto, por outro, fragilizou a oferta de serviços e sobrecarregou as equipes pela redução do número de profissionais disponíveis para dividir as escalas, a exemplo da equipe de enfermagem que, segundo o Conselho Federal de Enfermagem, contabilizou 660% de aumento de afastamentos na segunda quinzena de abril de 2020 (86, 124). Aos profissionais que permaneceram na assistência, manteve-se a atenção quanto à possível manifestação de sintomas, com afastamento e realização de exame RT-PCR sempre que indicado. Os afastamentos de curta e longa duração, por covid-19 ou devidos a outras causas foram sentidas nas UBSs, sobretudo naquelas onde a incompletude de equipes já se apresentava como

fator limitante à produção de serviços. Estudos realizados com profissionais de todo país apontaram que 72% referiram ter tido, na UBS, algum trabalhador afastado por suspeita ou confirmação de covid-19 (86).

No MRJ ocorreu o afastamento do trabalho presencial de diversos profissionais de saúde que foram classificados como grupo de risco – a partir do critério idade ou comorbidades – até que houvesse imunização e o esquema vacinal estivesse completo. Em sua quase totalidade, esses postos de trabalho não receberam novas contratações mesmo que de caráter temporário, o que resultou em equipes reduzidas e consequente sobrecarga. Mesmo com o retorno dos profissionais afastados por questões de saúde, a equipe continuou lutando para atender à demanda crescente. “[...] a gente teve que se dividir em mil. Sim. Teve uma vez que eu fiquei quase duas semanas sem ir na Clínica mesmo. Só ficava na vacina” (ENF Bruna Campos - OUT/23).

[...] por volta de abril ou maio, eles já tinham recebido as duas doses, final de março por ali, aí eles voltaram. Quem estava afastado voltou, então aí a gente conseguiu dar um incremento um pouco maior. Então os primeiros meses, assim até março, a gente teve um quantitativo muito pequeno para organizar a vacina, depois a gente respirou um pouquinho com a chegada dos que estavam afastados (MFC Marcio - OUT/21).

[...] cheguei com profissionais que já estavam afastados, pessoas de idades mais avançadas, outros pelo fato de serem diabéticos e tudo mais, eles já estavam afastados. A Unidade já era um pouco reduzida e quando nós chegamos foi em um número grande para poder suprir toda essa necessidade (ACS Daiane - JAN/24).

Um aspecto importante do contexto da APS carioca no cenário da pandemia covid-19 pontuado pelos profissionais de saúde foi a sobrecarga de trabalho em decorrência de mudanças no modelo de gestão. Em algumas áreas programáticas da cidade, houve, ainda em 2020, a saída das Organizações Sociais de Saúde (OSS) para a entrada da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro (RioSaúde) com consequente redução dos recursos humanos com perda de médicos, profissionais da enfermagem e ACS por conta da redução salarial proposta. No ano seguinte, 2021, houve nova mudança nas áreas programáticas, com troca entre OSS e saída da RioSaúde para a entrada novamente de OSS. Esses movimentos repercutiram trazendo insegurança pelos profissionais contratados, instabilidade das relações empregatícias e rotatividade nos postos de trabalho. Como consequência, houve desorganização dos serviços, como também criaram lacunas significativas na força

de trabalho, impactando diretamente a continuidade e a qualidade do atendimento. Os profissionais que permaneceram sentiram a sobrecarga de trabalho.

Importante ressaltar a mudança da administração municipal entre 2020 e 2021 por conta das eleições. A partir de 2021, iniciou-se uma progressiva recomposição das equipes, mas em um movimento lento que vem até os dias atuais. “[...] assim ‘meu Deus, não acaba nunca, muito trabalho, muita coisa’” (ENF Debora - DEZ/21).

[...] no início da pandemia, 15 dias antes, houve uma mudança no modelo de gestão na minha área programática, então a gente era contratado por uma empresa, que era a VivaRio. E aí depois a gente foi contratado pela RioSaúde, e aí esse ano a gente trocou de novo de um modelo de gestão, a gente saiu da RioSaúde e foi para SPDM. E essas trocas de modelo de gestão tiveram esvaziamentos de alguns profissionais. [...] Isso lá em 2020, a gente perdeu alguns profissionais, alguns médicos, enfermeiros nesse período de troca de gestão e alguns agentes comunitários também (MFC Marcio - OUT/21).

“O Crivella tirou as OSS e colocou a RioSaúde e o salário diminuiu, então os médicos foram embora. A minha Unidade ficou sem médico um bom tempo, quase um mês. E aí quando voltou, voltaram só duas (ENF Debora - DEZ/21).

Durante toda a pandemia, o trabalho foi exaustivo de inúmeras formas: na quantidade expressiva de atendimentos para avaliação de síndrome gripal, na testagem e na posterior vacinação. Importante destacar que, no município do Rio de Janeiro, embora a estratégia de saúde da família trabalhe com o conceito de territorialização, para os atendimentos de síndrome gripal e vacinação, não havia distinção pelo local de moradia do usuário, o que gerou atendimentos acima da capacidade prevista.

“Quando começou a fazer os testes nas Unidades, aqui a gente fazia 500, 400, 600 testes por dia, entendeu? A gente aqui tinha hora para abrir, mas não tinha hora para fechar” (ACS Everson - JAN/24).

A preparação das salas e postos de vacinação demandava uma organização detalhada, exigindo que a equipe chegasse mais cedo para preparar os espaços e garantir que todo o processo ocorresse de forma eficiente e segura.

“Dependendo da faixa etária, o dia que a gente vacinava menos, a gente vacinava 1.500 pessoas. E aí é um processo que demanda muita organização, a gente precisava chegar mais cedo do que o horário de trabalho para organizar os postos, organizar as caixas de vacinação (ENF Kátia Brito - OUT/23).

“A gente aqui atendia, atendia geral. É assim, muitas vezes tinha gente de

Caxias, tinha gente de Campo Grande, Bangu. Olha só. É, teve gente de Jacarepaguá. Nossa!” (ACS Everson - JAN/24).

Alguns profissionais de saúde da APS carioca destacaram o mês de janeiro de 2022 como um ponto fora da curva. Foi exatamente o período marcado por aumento exponencial do número de casos por conta da variante Ômicron e caracterizada pela alta transmissibilidade. Alterações drásticas nos processos de trabalho das equipes e unidades foram necessários para adaptação ao cenário epidemiológico, incluindo restrição no acesso aos casos não síndrome gripal. Com a oferta de testagem irrestrita da população, algumas Unidades de Saúde chegaram a realizar centenas de testes de covid-19 diariamente. Esse ritmo de trabalho gerou um ambiente de trabalho extenuante e exigente. Uma enfermeira da AP 2.2 narra o desgaste intenso enfrentado pela equipe da sua unidade devido ao aumento nos casos e à necessidade de reorganizar rapidamente os fluxos de trabalho, gerando um ambiente de trabalho ainda mais desafiador.

A atenção primária é um repositório de tudo, então é complicado, porque tudo recai sobre nós de alguma forma e o modo como os profissionais da atenção primária tiveram que ser resistentes e resilientes em janeiro [de 2022], acho que só quem vivenciou que sentiu de fato a sobrecarga (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

[...] na época da Ômicron, em 2022, que a gente tinha pessoas até já com reforço da vacinação, nós tivemos um número muito grande de casos novos e de positivos. Então, assim, foi meio que assustador nesse sentido: cara tem que mudar todo o fluxo de novo e eu acho que tava todo mundo já cansado, dois anos na mesma coisa, aí a gente falando a mesma coisa, e parecia que não tinha uma conscientização da população, o que leva mais ainda ao desgaste dos profissionais que estão ali [...] era um passo para frente e dois para trás e quando a gente inverteu era isso, nós tínhamos oito consultórios que viraram oito pontos de coleta de Covid, e a gente mesmo tendo oito profissionais, dezesseis, porque a gente ficava em dupla na maioria das vezes, tinha dias que como o pico era muito grande, a gente tinha gente esperando três horas mais ou menos para poder fazer o teste. [...] a Ômicron acho que ela trouxe um desgaste muito maior os profissionais, como o potencial de contaminação era maior, acabava que os poucos que ficavam acabavam sobrecarregados com o trabalho que era para ser dividido para muitos (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

Em que pese a altíssima demanda de atendimento para sintomáticos respiratórios, testagem para covid-19 e a vacinação, os demais grupos denominados prioritários continuaram tendo seu atendimento nas unidades básicas de saúde. O dia-a-dia do cuidado em saúde da população, embora atravessado pelas restrições da

pandemia, seguiu, obrigando novos formatos de trabalho.

o CMS continuava aberto e atendendo aqueles casos essenciais: pacientes em tratamento de tuberculose, gestante, puericultura, para as vacinas de rotina, tudo. O mundo nesse sentido não parou, mas a gente tinha que perguntar, então a gente ficava muito nessa função (ENF Leônidas - MAR/22).

“[...] foi difícil. Entre várias outras coisas, além de ausência de profissionais, às pessoas sem muita energia. Dividir muito a função assim, o que que é do médico, acha que só mexe para fazer isso aqui, mas pode fazer que só piora a sobrecarga, que desune a equipe, os ACSs destinados para muitas funções, que eles não estavam acostumados a fazer: ser escriba de vacina, ficar na porta de covid, “posso ajudar”. Nossa! “posso ajudar?” com a equipe técnica... médico e enfermeiro na porta da clínica falando com uma fila de gente que você não vai atender ninguém... Nossa, foi assim... enlouquecedor (MFC Átila - OUT/21).

Os profissionais destacaram a necessidade de que haja maior número de contratações. O déficit em recursos humanos consiste em fator limitante para cuidado mais qualificado ao território: A pandemia destacou a necessidade crítica de expandir as equipes de saúde para lidar com a sobrecarga de trabalho. Uma enfermeira da AP 2.1 enfatizou que o aumento na demanda de atendimento revelou a insuficiência da equipe existente, mostrando que era essencial contar com mais profissionais para garantir a qualidade e a eficiência do atendimento: “os profissionais foram muito sobrecarregados durante esse período. E a gente precisa de mais profissionais trabalhando com a gente. É isso que a gente precisa. Isso que nesse momento da pandemia mostrou que a gente não vai dar conta” (ENF Bruna Campos - OUT/23).

Ressaltam também o impacto da sobrecarga durante o processo formativo dos especialistas na APS carioca. A cidade possui o maior programa de residência médica e de enfermagem em Saúde da Família e Comunidade do Brasil. A residência, como padrão-ouro no treinamento e formação de especialistas na área da saúde, por si já possui carga horária elevada, sendo período de intenso aprendizado: “a sobrecarga do trabalho na unidade de saúde que foi, junto com a angústia do desconhecido, junto com a carga horária, é algo que pesa muito na nossa... na nossa vida mesmo, como pessoa, na nossa vida como profissional de saúde, foi bem puxado” (ENF Kátia Brito - OUT/23).

A pandemia de covid-19 revelou e exacerbou desafios preexistentes nas estruturas de gestão e na capacidade das unidades de saúde da APS carioca. As experiências compartilhadas pelos profissionais reforçam a necessidade de uma

abordagem mais assertiva e individualizada para a gestão de crises, além de maior apoio ao bem-estar dos trabalhadores. Essas lições são fundamentais para preparar o sistema de saúde para enfrentar futuras emergências com maior eficácia e menos impacto na saúde dos profissionais e na qualidade dos serviços oferecidos à população.

5.2.3.10 Ressignificando a prática profissional individual/coletiva

Segundo a Academia Brasileira de Letras, resignificar é “dar novo sentido, valor, forma, função a algo”. A pandemia de covid-19 trouxe uma série de desafios que transformaram a prática profissional dos trabalhadores da saúde, tanto em termos individuais quanto coletivos. A necessidade de adaptação rápida e a implementação de novos procedimentos de segurança e atendimento alteraram significativamente a dinâmica usual de trabalho. Os profissionais relataram experiências que refletem uma profunda resignificação de suas práticas e papéis.

Uma ACS da AP 2.1 destaca como a tecnologia e a comunicação à distância tornaram-se essenciais para manter contato com os pacientes, especialmente os mais vulneráveis, durante o isolamento social. Foi necessário repensar estratégias de comunicação dada a necessidade do distanciamento e a suspensão das visitas domiciliares. A troca de mensagens e chamadas telefônicas substituiu, parcialmente, a presença no território, criando um novo modo de se relacionar e monitorar a saúde dos pacientes. Essa aproximação virtual não só preservou, mas em alguns casos, até intensificou o vínculo entre pacientes e profissionais, oferecendo um suporte emocional essencial e assegurando a continuidade do cuidado. A tecnologia emergiu como um facilitador crucial, permitindo aos profissionais superar as barreiras impostas pelo distanciamento físico. O uso de aplicativos e mensagens instantâneas tornou-se uma prática comum para checar o bem-estar dos pacientes, discutir sintomas e necessidades médicas, e até mesmo coordenar a entrega de medicamentos, como evidenciado no relato desta ACS.

Eu acho que aproximou mais, porque como nós não conseguimos ir nas casas, a gente começou a falar por telefone ou por zap. Então, assim, era sempre, “e aí, tá tudo bem?” Então, assim, eu acho que nesse caso aproximou mais. Até dessas pessoas um pouco mais idosas, entendeu? De, oi, dá um bom dia pra saber como tá. Então, eu acho que, ainda bem que tem a tecnologia. Então, eu acho que dessa forma a gente conseguiu até se aproximar mais, até por conta de não poder ir, entendeu? E de ajudar, de alguma forma, já que eles não

conseguiam ir, não poderiam ir na clínica por conta da exposição, a gente, "ó, tô sem remédio", então a gente pegava o remédio, colocava no saquinho, higienizava, abria a porta e saía. Então, assim, para esses pacientes específicos, então a gente tinha todo esse cuidado (ACS Letícia - MAI/23).

"Eu acho que não, porque eu sempre fui muito disponível, entendeu? Então, assim, eu sempre, desde quando eu entrei, nem sabia o que era ser agente de saúde, até porque, na época, na Rocinha, não tinha. Então, eu falei, "ah, vou tentar essa experiência nova para ver, vamos ver o que vai dar". Então, assim, a cada casa, a cada estrada, a cada história de vida, e foi passando os anos, aí eu penso, cara, acho que era isso que faltava, você ir em casas diferentes todos os dias, ouvir história de vida, ouvir segredos, ouvir... isso é muito bom, isso é muito bom. Então, assim, eu tento sempre dar o meu melhor todos os dias, entendeu? Todos os dias eu tento dar o meu melhor porque eles precisam de mim, de alguma forma, então, se eu não estiver ali 100%, não vou poder ajudá-los. Então, eu sempre tento dar 100% e, da melhor forma, tentar ajudar." (ACS Letícia - MAI/23).

A necessidade de dar novas funções às práticas dos ACS também foi observada por profissionais das AP 2.2 e 3.3.

"Assim que eu cheguei, eu vi que tinha algo diferente do que já era, já acontecia com a profissão de agente comunitário de saúde, não estava atuando da forma que era antes, devido à pandemia, devido à questão do distanciamento social. E eu vi que as pessoas comentavam muito, os colegas de trabalho, "não era assim, a gente visitava mais, e a gente viu que a nossa escala de trabalho ficou mais concentrada dentro da Unidade devido a tanta demanda de vacinação, de testagem de COVID, entre outras também, pessoas passando mal devido aos sintomas. Mas hoje em dia eu consigo ver realmente qual é a nossa função da questão da visita, isso era bem difícil na época assim que eu entrei, era bem difícil ter esse contato com o paciente devido ao distanciamento." (ACS Thais Almeida - MAI/23 Almeida - MAI/23).

Quando eu cheguei, eu já cheguei com profissionais que já estavam afastados, pessoas de idades mais avançadas, outros pelo fato de serem diabéticos e tudo mais, eles já estavam afastados. A Unidade já era um pouco reduzida e quando nós chegamos foi em um número grande para poder suprir toda essa necessidade. Mas logo de imediato que a gente chegou, a gente já chegou com a negação de ir para a rua, a gente não podia ir para a rua naquele primeiro momento. Então, ficamos dentro da Unidade, dando todo o suporte para as pessoas que chegavam contaminadas. A gente dava o suporte na vacina, a gente dava o suporte na imunização, porque tinha um setor isolado onde eles chegavam para poder fazer essa triagem, então a gente dava todo esse suporte. E depois, quando começou a liberar aos poucos da gente ir para a rua, porque tinham os atendimentos, os atendimentos eles eram 90% voltados para o COVID, porque parecia que não existia o hipertenso, não existia diabético, não existia nenhum outro tipo de comorbidade, só existia o COVID. Então, a gente acabou não tendo demanda de solicitação de Sisreg, de exames. Então, a gente não tinha muito o que fazer na rua, uma vez que a visita não podia, a gente

não podia visitar. As pessoas não queriam um profissional da saúde dentro da sua casa. Então, as pessoas já não abriam a porta pra gente. Então, foi onde todas as Unidades, elas recolheram os profissionais. E a gente permaneceu dentro da Unidade, só indo para os setores, só indo para a rua, em caso de extrema necessidade. Fora isso, a gente permaneceu dentro, auxiliando internamente mesmo." (ACS Daiane - JAN/24).

Foi preciso remodelamentos nas rotinas dos MFC principalmente relacionada a abordagem comunitária. Uma MFC da AP 3.3 descreveu que precisou adaptar suas visitas domiciliares e consultas para um formato mais seguro, focando em avaliações pontuais e mantendo o distanciamento necessário. Embora as visitas não fossem tão abrangentes quanto antes, a essência do cuidado domiciliar foi preservada, com ênfase na segurança e na minimização do risco de contágio. Além disso, houve suspensão das atividades em grupo até que houvesse uma cobertura vacinal importante. Esta reinvenção do atendimento exemplifica a resiliência e a adaptabilidade dos profissionais de saúde, que conseguiram manter o cuidado contínuo em um ambiente altamente desafiador, reafirmando a importância da inovação na prática médica.

Cheguei nessa unidade em que estou ja no meio da pandemia, né? Então, a gente... eu entrei na equipe e ela já estava há alguns meses sem médico então visita eu não deixei muito de fazer, mas a gente foi naturalizando fazendo aquela visita de médico, fazendo algo mais pontual, com distanciamento, dentro do possível. Não como a visita que a gente fazia antigamente, na casa dos outros. Grupo, a gente está retornando por agora, com vacinação em massa, estamos retornando por agora, nesse mês de novembro, dezembro [2021], final do ano. Mas a gente sente falta (MFC Caroline Oka - NOV/21).

Em vários relatos, mostra-se como a pandemia forçou os profissionais a reavaliar suas funções e encontrar novas maneiras de contribuir. A necessidade do isolamento de grupos de risco exigiram que alguns médicos mudassem seu foco para atender outras demandas da clínica, o que resultou em uma maior compreensão das necessidades e reações da população em relação à pandemia. Essa redefinição do papel foi narrada por um MFC da AP 4.0, que se viu forçado a ajustar seu foco de atendimento para pacientes não covid-19 dentro da sua CF. Sem a responsabilidade do isolamento e das medidas de contenção diretas, ele observou como a pandemia trouxe à tona novas necessidades na população, como a crescente ansiedade e outras condições influenciadas indiretamente pela crise de saúde pública. Essa observação ampliou sua perspectiva sobre a prática médica, mostrando a

complexidade das reações da população às restrições e medos associados à pandemia. Essa flexibilização nos papéis tradicionais ajudou a compensar a sobrecarga em outras áreas e garantiu que, apesar da crise, a atenção às necessidades gerais de saúde não fosse completamente negligenciada. A resiliência e adaptabilidade demonstradas por esses profissionais ressaltam a importância de uma abordagem holística e flexível no atendimento médico, em que os papéis podem ser redefinidos para atender melhor às demandas emergentes e garantir a continuidade do cuidado. Uma enfermeira da 3.1 também se recorda quando foi necessário treinamento de preparo do corpo, algo que indiscutivelmente não faz parte da rotina da APS.

Momentos de maior incidência assim eram os momentos que a gente ligava mais um alerta. Lembro quando houve uma preocupação de capacitação profissional e multidisciplinar. E uma vez que me deixou assim bastante impressionada foi quando houve até a orientação de preparo do corpo, se ocorresse óbito na APS, ali na unidade básica. E aí, aquilo ali, sentindo a morte tão próxima num lugar que não é comum encontrar... na atenção primária, num posto de saúde, na Clínica da Família. Isso porque a gente recebeu o saco mesmo para preparo do corpo e se ocorresse o óbito no domicílio. Então esses momentos dessas incidências, assim, isso assustou. Além das n" (ENF Tayná - JUN/21).

[...] tinha um monte de médicos mais jovens, lá o mais velho sou eu e uma senhora que é mais velha que eu, e ela tem doença pulmonar e tal, então ela foi retirada mesmo. Ela nos colocou para atender os pacientes que não são sintomáticos. Agora, isso também contribuiu para eu buscar estudo e também para eu começar a me ver diferente dos meus colegas nesse ponto. Até então eu só via diferença da minha experiência como ser humano. E ponto (MFC Luiz Zanini - ABR/21).

Olha, foi uma experiência muito boa. Por que? Porque as pessoas... eu comecei a ver pacientes de outras equipes, de todas as equipes, com a tranquilidade de não ter a responsabilidade do isolamento, com aquelas medidas todas. Foi bom para eu... eu comecei a perceber também as sequelas não ligadas diretamente ao COVID, dizer assim, tipo ansiedade. Eu comecei a perceber o quanto que o COVID influenciava também na população que não estava doente. A maneira também como a população reagia aquilo. De um lado da Clínica, você tinha restrição de acesso e no meu lado, no lado que eu estava na clínica, eu abria o acesso, os agentes iam lá conversar comigo, e assim quem chegar aí vai entrar, eu vou atender um de cada vez até quando eu não der mais conta. Profissionalmente para mim isso foi muito bom, ampliou para mim a visão a respeito da Clínica, da população. E eu pude suprir, porque eu me senti um pouco... não sei se a palavra é culpado seria bem aplicada, mas incomodado com o fato de não estar lá, porque esse lance de me ver diferente dos colegas

ainda estava rolando, não era uma coisa que estava definida na minha cabeça. [...] Se eu não posso ficar do lado de lá, vou ficar do lado de cá e aqui vou ajudar os pacientes da forma que eu puder. Isso foi importante para mim para eu poder lidar com essa circunstância de ver essa diferença. Entende? Era uma diferença que para mim eu não percebia, apesar de ser gritante, eu não percebia. A medida que eu começo a perceber isso, eu vejo que tenho uma função diferente nesse organismo, minha função é outra. Não é de estar lá, é outra. Equilíbrio de não estar lá, sem pensar que estava colocando carga em ninguém, agia com muita naturalidade. Isso foi importante para mim." (MFC Luiz Zanini - ABR/21).

Eu voltei para Clínica.... como eu te falei, eu tomei a vacina, 4 dias depois eu descobri que estava doente, aí eu passei 15 dias fora, aí já estamos falando mais ou menos 20. Quando eu volto a trabalhar logo depois eu já tenho que tomar a segunda dose . Não podia tomar, eu tinha que esperar mais 30 então a minha RT esperou passar mais 30, quando passou os 30 eu tomei a vacina, e aí ela me chamou para trabalhar novamente. "Olha, você já teve a doença e também já está vacinado, então vou te colocar na escala". E nessas alturas muitos médicos tinham saído, porque virada de ano em clínica da família e vários novos vão fazer prova de residência, e aí já estava faltando gente na escala. E aí ela me coloca." (MFC Luiz Zanini - ABR/21).

A orientação inicial para não examinar pacientes com síndrome gripal, como relatado por uma MFC da AP 2.1, gerou frustração, pois impedia uma avaliação clínica completa e dificultava a distinção entre covid-19 e outras condições, como infecções bacterianas. Foi necessário repensar a prática clínica.

A sensação de impotência também foi uma experiência comum, com muitos profissionais relatando frustração por não conseguirem oferecer o cuidado preventivo e contínuo que estavam acostumados a fornecer. A necessidade de focar exclusivamente em casos de covid-19 e a incapacidade de realizar diagnósticos precisos para outras condições criaram uma sensação de "enxugar gelo", como expressado por uma das MFC, agravando o sentimento de inadequação e desespero entre os profissionais.

Eu lembro que era um pouco frustrante na época a gente atender tantos casos de gripes, dor de garganta, dor de cabeça. E não podia muito fazer o exame. Eu lembro da primeira orientação da Secretaria. Você não pode examinar o paciente. Como assim? Eu não vou avaliar uma cavidade oral para ver se realmente é uma amigdalite bacteriana ou é um COVID?! Não pode, você não podia. Como é que eu vou falar isso para o paciente? Como é que o paciente vai receber isso? Era uma sensação de impotência muito grande. Ao mesmo tempo que, conforme os dias iam passando, a quantidade de atendimentos ia aumentando. A quantidade de atendimentos ia aumentando e a gente via que não ia dando perna. Começava com um só atendendo. De repente, tem que ter duas pessoas. Uma para digitar a evolução e a

outra, conforme foi sendo permitido, a outra ia fazendo o exame físico. Isso começou em março. Março para agosto, se não me engano, foi diminuindo a onda. Acho que foi a nossa primeira redução da onda. Eu lembro vagamente disso. A gente já pensando, que bom, está diminuindo a quantidade de pessoas. Dá para a gente se organizar. Tentar voltar ao normal. Alguma coisa assim. Organizar campanha de vacina. Logo em novembro, em meados de outubro, início de novembro, veio para falar que não, nova onda! [...] Foram o quê? Oito meses, sete meses. Mas a sensação é que foram anos. Além de não conseguir fazer o nosso trabalho do dia a dia, de promover a saúde, a prevenção e tudo mais, a sensação de enxugar gelo era muito grande. A sensação de a população estar contra a gente também era muito grande." (MFC Clara Antunes - OUT/22).

A gente não conseguia fazer saúde da família. O que mais me incomodava era não conseguir fazer saúde da família. Porque a saúde da família é uma coisa muito gostosa. Só que não conseguia fazer alguma coisa, o que me angustiava muito. Era ir para lá e se sentir como se estivesse em uma UPA que era só atender Covid, Covid, Covid, Covid." (ENF Bruna Campos - OUT/23).

É porque não é só a gente atender, tem que buscar todos os pacientes, ver as listas, ver a gestão, isso tudo, e ir atrás dos pacientes. E a gente não conseguia fazer saúde da família. O que mais me incomodava era não conseguir fazer saúde da família." (ENF Bruna Campos - OUT/23).

Por outro lado, a pandemia também trouxe à tona discussões sobre a valorização e o reconhecimento dos profissionais de saúde. Uma enfermeira da AP 2.1 destacou a discrepância entre o reconhecimento público temporário e a realidade de condições de trabalho precárias e salários insuficientes. A necessidade de campanhas de valorização e políticas que garantam melhores condições de trabalho emergiu como uma lição crucial da crise.

A minha categoria profissional é uma categoria que é socialmente desvalorizada. A gente recentemente teve aí a criação da lei que estabelece o piso salarial da categoria dos enfermeiros, algo que teve o seu projeto inicial totalmente mudado com relação a valores, com relação a carga horária. É uma categoria profissional, principalmente dos técnicos de enfermagem, que são pessoas que trabalharam comigo em parceria durante todo o processo da campanha de vacinação, do processo de trabalho de cuidado dos doentes, dos sintomáticos respiratórios durante o período mais crítico da pandemia, que antigamente já era muito desvalorizado e que, apesar das palmas da população chamando a gente de herói, enquanto profissional de saúde, em determinado período da pandemia, caiu-se por terra novamente. E a gente continua como uma categoria profissional que não tem o devido reconhecimento social pelo trabalho que presta a população, porque sem enfermagem não se faz saúde. E eu queria de fato que a pandemia, não que haja questões positivas nisso, mas pelo

menos que se dá pra tirar algo que não foi de todo ruim, foi a nossa competência do trabalho com relação ao cuidado das pessoas, com relação à vacinação, a campanha de vacinação, ela é quase feita que 99% por enfermeiros e técnicos de enfermagem, e isso foi um divisor de águas para salvar a vida das pessoas, para diminuir a incidência de morte, e é uma categoria que continua sendo desvalorizada e subjulgada socialmente. Então, o que deveria ser feito eram, não sei, campanhas de valorização da categoria profissional, respeito à aplicação do piso salarial [...] mas não é só sobre mim, é sobre as pessoas que trabalham comigo, que desempenham um papel de muita importância e que ganhar de maneira digna faz parte do processo de valorização do trabalho, que é algo que no nosso país ainda é muito precário, assim (ENF Katia Brito - OUT/23).

O impacto emocional e psicossocial da pandemia sobre os profissionais de saúde foi profundo e multifacetado. Muitos enfrentaram uma carga de trabalho intensa e a pressão constante de lidar com a crise sanitária, resultando em altos níveis de estresse e esgotamento. A alta demanda de trabalho e a mudança nas rotinas de atendimento geraram frustração entre os profissionais de saúde. Muitos relataram sentir-se sobrecarregados pela responsabilidade e pela falta de recursos adequados para lidar com a crise.

[...] foi difícil. Entre várias outras coisas, além de ausência de profissionais, às pessoas sem muita energia. Dividir muito a função assim, o que que é do médico, acha que só mexe para fazer isso aqui, mas pode fazer que só piora a sobrecarga, que desune a equipe, os ACSs destinados para muitas funções, que eles não estavam acostumados a fazer: ser escriba de vacina, ficar na porta de COVID, “posso ajudar”. Nossa! “posso ajudar?” com a equipe técnica... médico e enfermeiro na porta da clínica falando com uma fila de gente que você não vai atender ninguém... Nossa, foi assim... enlouquecedor (MFC Átila - OUT/21).

era triste ver que a área de acompanhamento dos pacientes era vazia. E a área da testagem era enorme, que era só testagem, testagem. E não tinha muito o que a gente fazer, porque a gente tinha que tratar os sintomas. A gente não entendia muito da doença, a gente não podia explicar. Aí tinha pacientes que culpavam a gente, como se a gente estivesse negando alguma coisa. Isso era complicado (ENF Bruna Campos - OUT/23).

A pandemia de covid-19 forçou uma resignificação profunda na prática profissional dos trabalhadores de saúde, impondo novos métodos de comunicação, redefinindo papéis e enfrentando desafios de testagem e atendimento. A experiência trouxe à tona tanto as dificuldades quanto as resiliências dos profissionais, evidenciando a necessidade de melhor preparo, valorização e suporte contínuo para

enfrentar crises futuras.

5.2.4 Efeitos da pandemia no território

A atuação das unidades básicas de saúde respeita um território adscrito sobre o qual possui responsabilidade sanitária (78). Território é um conceito com múltiplas definições que extrapolam a noção da área geográfica delimitada para as ações das equipes de ESF; é um conceito dinâmico em que devem ser considerados os indivíduos e suas relações sejam elas de poder, econômicas, simbólicas e de sustentabilidade; é um espaço de interações sociais em que a ação do homem o modifica continuamente. Referem-se, portanto, a “um conjunto de situações históricas, ambientais, sociais e geográficas que tornam singulares as condições que entrelaçam vida, ambiente e trabalho” (125).

Segundo Milton Santos, o território é um espaço “vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições” (126). É vivo, ultrapassando o espaço político-operativo do sistema de saúde, estando em constante construção; é mutável, “onde se dão as relações produção-trabalho e saúde-ambiente, ou seja, onde se verifica a dinâmica viva dos processos saúde-doença” (125).

A pandemia de covid-19 exacerbou diversos problemas sociais e de saúde, impactando significativamente a população. Os efeitos foram amplamente sentidos em várias áreas, incluindo a pobreza e a violência, criando desafios adicionais para os profissionais de saúde e para o sistema de saúde pública carioca. Importante notar as transformações percebidas das dinâmicas de seus territórios por profissionais de diferentes áreas programáticas da cidade em consequência da pandemia:

[...] a rua voltou a viver. E eu acho que recentemente [2021] a gente também está vendo as consequências do empobrecimento da população, a gente tem muita população em situação de rua. Temos praças grandes no nosso território, então tem bastante gente em situação de rua [...] aumento grande do volume de algumas equipes, principalmente porque são pessoas migrando de plano de saúde, pessoas que ficaram desempregadas e que não conseguem mais bancar o cuidado em saúde particular (MFC Julia Horita - NOV/21).

No Rio Comprido, que é uma área assim, já dominada pelo tráfico, eu percebi o aumento da violência armada, mais assim para o final do ano, a gente começou a ter mais tiroteios, a Unidade fechando. [...] Na Lapa, um aumento assim também considerabilíssimo do número de pessoas em situação de rua (MFC Átila - OUT/21).

A violência armada e a insegurança aumentaram em áreas como Rio Comprido e Lapa, onde um MFC da AP 1.0 relatou um crescimento nos tiroteios e no número de pessoas em situação de rua. A instabilidade econômica e a falta de apoio social exacerbaram essas condições, dificultando ainda mais o acesso seguro aos serviços de saúde e o atendimento adequado às necessidades da população.

Sim, teve mudanças [no território], sim. Em relação à saúde, em relação até à social, porque muita gente acabou ficando desempregada na pandemia, perdeu o emprego. No começo, a gente via muita rotatividade de pessoas, porque não conseguia pagar o aluguel, uma hora estava aqui, depois voltava, ia para outra e voltava, essa rotatividade. A questão também de segurança, o território mudou bastante. No começo, em 2016, em 2017, a gente não via tantos atores lá do movimento, e aí depois da pandemia para cá mudou totalmente. Principalmente na minha microárea, quando era da outra equipe, não tinha nada. De repente, do nada, começou a aparecer barricada, meninos com armamento pesado, que antes nem o leve [tinha], já estava com armas pesadas, aí isso também mudou muito. Inclusive, agora [2024] está um pouco mais calmo, deu uma acalmada, mas durante a pandemia estava tendo muito conflito, muito tiroteio, estava tendo episódios de muito tiroteio, isso mudou bastante também (ACS Karen).

O empobrecimento da população que levou a perda de planos de saúde também foi um aspecto sentido pelos profissionais de saúde da APS carioca. Novos desafios são apresentados a partir do aumento do número de pacientes acessando as unidades: “hoje, você tem um *boom*, praticamente, porque essas pessoas estão buscando a unidade em massa. Muito se deve principalmente para aquela questão também que trabalhava, mas perdeu o plano de saúde” (ENF Leônidas - MAR/22).

Uma enfermeira da AP 2.1 observou que o aumento de novos usuários do SUS, principalmente aqueles que perderam o acesso à saúde suplementar, trouxe desafios adicionais. A reticência desses indivíduos em aceitar a visita de ACS e a dificuldade em seguir protocolos de tratamento, como o Tratamento Diretamente Observado (DOT) para tuberculose, complicaram a prestação de cuidados. A necessidade de adaptação dos profissionais de saúde para lidar com uma população diversa e com diferentes expectativas foi um obstáculo contínuo. Além disso, foram notadas maior identificação de algumas questões de saúde.

[...] com a pandemia, uma coisa que aumentou muito foram o número

de pacientes que eram acompanhados pelo plano de saúde que deixaram de ter [...] principalmente as outras equipes que têm mais só asfalto, não tem comunidade, a gente sentiu muito esse aumento das pessoas que eram do particular e foram para o SUS. [...] eu acho muito difícil nessa população do particular é o acompanhamento de tuberculose. Eles têm receio de receber os agentes comunitários em casa, para ir lá na consulta é horrível. Esse atendimento com eles é difícil. [...] a gente não consegue fazer o preconizado, que é o DOT. É difícil (ENF Bruna Campos - OUT/23).

E a mudança que eu reparei também foi em questão de surgirem outras doenças mais frequentes. Tuberculose, não tinha tanto antes, eu lembro que quando eu era da equipe que estou agora, eu tinha um paciente só, quando era Esperança no começo, a gente só tinha um paciente que era meu. Agora, a quantidade de tuberculose, às vezes é dois pacientes por agente, dois, três pacientes, e é uma doença que parece que ela espalhou de uma forma impressionante. É muita gente que está tendo essa doença e é uma das coisas que eu percebi também (ACS Karen).

É um pouco difícil responder isso porque na época a gente deixou de acessar o território. A gente deixou de fazer as visitas. Do território em si, não consigo responder com tantos detalhes. Acho que nessa época a gente conseguiu encontrar novos pacientes também. Pessoas que não buscavam atendimento na Unidade e por conta da síndrome gripal passaram a buscar. Pessoas, inclusive, que não eram do território descobriam que lá na Unidade é assim, como porta aberta, a gente sempre recebeu (MFC Clara Antunes - OUT/22).

A pandemia trouxe consigo uma crise de saúde mental sem precedentes, afetando especialmente crianças e jovens. Foi observado que a retirada dos jovens das escolas e a interrupção de suas rotinas tiveram consequências profundas, incluindo transtornos de saúde mental como ansiedade, depressão e automutilação. A ausência do contato social, essencial para o desenvolvimento emocional e social, agravou essas questões, e muitos jovens passaram a manifestar sinais de sofrimento psíquico. Ainda quanto a população infanto-juvenil, alguns profissionais pontuaram sobre o ensino remoto, embora necessário, trouxe desafios educacionais significativos. Muitas crianças enfrentaram dificuldades com a falta de rotina, o que prejudicou seu desempenho acadêmico. A perda de socialização e as interrupções no aprendizado presencial resultaram em atrasos educacionais e comportamentais, dificultando a retomada das atividades normais mesmo após a reabertura das escolas.

Muito desemprego. As pessoas assim ficando mais pobres, precisando de doação de comida. [...] Muita criança, que teve algum tipo de atraso na educação, perdendo rotina, dormindo tarde, acordando tarde, fazendo aula online, com isso piora desempenho escolar, tem uma piora na socialização. Aumento dos casos de

violência, automutilação, por causa do isolamento (MFC Átila - OUT/21).

Problemas de contato de fome, desemprego, jovens com questões de saúde mental – não sei se terapia no mundo vai ser o suficiente. Foram dois anos tirando as crianças e os jovens das escolas, do contato com seus companheiros, seus amigos. [...] A gente sempre viu a miséria, mas não tão escrachada, tão escancarada, tão recorrente (MFC Clara Antunes - OUT/22).

A gente também mora numa comunidade. Às vezes, não tem luz. Às vezes, não tem internet. E a gente passava, às vezes, pelo beco e via aquelas crianças na rua, porque não tinha o que fazer (ACS Raquel - MAI/23).

O isolamento social necessário durante o período da pandemia, associado à crescente onda política de pensamento antivacina, entre outros motivos, geraram repercussões importantes nos acompanhamentos de saúde da população. Reflexo disso foi percebido pelos profissionais de saúde quanto ao crescente atraso vacinal, principalmente dos adolescentes: “[...] nós temos que fazer as vacinas nas escolas, e é muita caderneta atrasada, é muita. É muita” (ENF Bruna Campos - OUT/23).

Houve percepções distintas conforme o período da pandemia. Na fase inicial, a redução importante das visitas domiciliares impediu um acompanhamento próximo das transformações no território. De uma forma geral, os transtornos em saúde mental tornaram-se mais evidentes.

[...] um período mais agudo da pandemia, foi de fato a morte. Eram pessoas que, na sua grande maioria, tinham questões relacionadas a doenças crônicas, já havia um processo de adoecimento, [...] depois o adoecimento mental (ENF Kátia Brito - OUT/23).

Teve muita perda também de paciente, tive muitos pacientes, principalmente idosinhos, que tinham questões de diabetes, essas coisas assim. Pegou o covid e acabou falecendo. A gente perdeu bastante paciente. E isso foi uma das partes que me deixou mais triste, porque eu tinha um paciente que eu gostava muito dele, a Shy [técnica de enfermagem] ia fazer o curativo dele toda semana, a gente ia toda semana lá fazer o curativo dele, ele era tão carinhoso com a gente, dava coca-cola, bolinho e tudo, e aí na pandemia ele piorou e faleceu, essas perdas mexeram muito com a gente, porque as maiores perdas eram os pacientes de cuidados domiciliares. Eles quase não saíram de casa, mas acabou que a doença chegou até eles. E aí eles, com uma saúde mais prejudicada, acabaram indo (ACS Karen).

Pessoas com depressão, síndrome do pânico até hoje tem pessoas que ainda ficam receosas de ir à clínica. Muita depressão. [...] tem alguns pacientes meus que não são mais o mesmo. Não são o mesmo, mudou, assim, radicalmente. E mesmo quem teve até o Covid

também, até hoje, tem algumas sequelas e não estão mais como antes (ACS Leticia).

[...] uma coisinha que eu também esqueci de falar, lá na questão da mudança do território que você falou, A gente viu, eu vi também, lembrei de algo importante, pós-pandemia, as pessoas adoeceram muito a questão saúde mental delas. Hoje a gente vê muita gente com problemas de ansiedade, depressão, essas coisas assim, precisando de acompanhamento psicológico, medicação, antidepressivo, aumentou muito, muito, muito, muito mesmo (ACS Karen).

Segundo a sistematização proposta por Barbara Starfield (127), um dos atributos derivados da APS é a orientação comunitária que está relacionada ao conhecimento das necessidades em saúde da população e seu contexto social. A pandemia intensificou a pobreza e a insegurança alimentar em muitos territórios, conforme relatado por vários ACS. O fechamento de comércios, a perda de empregos e a redução de renda levaram muitas famílias a enfrentar a fome. Os profissionais de saúde relataram um aumento no número de famílias que necessitavam de doações de alimentos e apoio de organizações não governamentais (ONGs) para sobreviver.

Para mitigar os efeitos da fome, ações comunitárias foram realizadas, incluindo a distribuição de cestas básicas e a articulação com ONGs para fornecer apoio emergencial. Uma ACS da AP 2.1 mencionou que muitas famílias na Rocinha, onde a equipe trabalha, foram severamente impactadas e necessitaram de assistência contínua. A colaboração com organizações como a Fiocruz permitiu a distribuição de centenas de cestas básicas, além de orientações para acesso a benefícios sociais. Fundamental destacar a importância da presença da atuação dos ACS dentro dos territórios junto a população como elo com as equipes (86).

[...] além da pandemia, aí veio a fome, veio a fome de quem não estava indo trabalhar, [...] aí veio a outra parte da gente correr atrás, além de tentar cuidar, correr atrás de cesta básica para essas famílias também não morrerem de fome, porque foram muitas famílias que necessitavam de comida, que foram mandadas embora porque reduziram a equipe do trabalho, então assim, a gente teve contato com várias ONGs dentro da Rocinha, a gente mesmo, como equipe (ACS Leticia).

Tinha aquelas pessoas que tinham pouco, mas tinham, e tinha pessoa que não tinha realmente nada. Foi bem complicado. [...] Aqui também tem muito responsável pela família que são as mulheres. As mães que são solteiras. E elas sentiram bastante (ACS Raquel - MAI/23).

A comunicação clara e frequente foi crucial para abordar as preocupações dos pacientes e fornecer informações precisas sobre vacinas, testes e protocolos de saúde. Um MFC da AP 3.3 relatou que ações no território foram realizadas para educar a população sobre a covid-19 e as vacinas, além de oferecer suporte psicológico e social às famílias afetadas pela pandemia.

[...] a gente tem feito ações, que a gente fez durante a pandemia, ações comunitárias explicando como é, como tá sendo a situação do covid, da vacina, os critérios, as coisas. [...] nesse espaço de controle social, a gente listou as pessoas vivendo a situação do luto. E a gente fez um diagnóstico assim, quem eram essas famílias, a gente fez um diagnóstico da situação de insegurança alimentar, a gente fez uma ação de doação de cestas básicas, a gente conseguiu se articular com uma ONG da Fiocruz, a gente conseguiu 450 cestas básicas para o território que a gente distribui semanalmente e a gente lista essas pessoas para também fazer outras ações com essas famílias, por exemplo o cadastramento no Cadúnico, tentativa de benefício, orientações para família tentar buscar os benefícios. Porque a gente tava vendo a situação de fome mesmo no território (MFC Marcio - OUT/21).

Durante a pandemia, a tecnologia tornou-se uma ferramenta essencial para manter o contato com os pacientes e garantir a continuidade do atendimento. Uma ACS da AP 3.3 destacou o uso intensivo de telefones para consultas e acompanhamento, especialmente para aqueles que estavam receosos de ir às unidades de saúde devido ao medo de contaminação. A telemedicina e o telemonitoramento permitiram que os profissionais de saúde continuassem a prestar cuidados, mesmo diante das restrições impostas pela pandemia.

E o telefone foi uma ferramenta que a gente utilizou full-time, porque era a ferramenta em que melhor a gente conseguia o contato com nossos pacientes. e alguns deles recebiam a gente muito bem, outros já era uma questão mesmo de eu não quero consulta, eu só quero trocar minha receita. Por não querer estar dentro de uma unidade para não poder se contaminar [...] foi um momento em que as pessoas mais adoeceram mentalmente também, por consequência de isolamento, de ficar isolado da família, isolado de netos, isolado de filhos, de coisas que traziam alegrias para eles (ACS Daiane - JAN/24).

A pandemia de covid-19 revelou as vulnerabilidades existentes no sistema de saúde e na sociedade, exacerbando problemas de saúde mental, pobreza e violência. As medidas adotadas para atenuar esses efeitos, como ações comunitárias e o uso de tecnologia, mostraram a resiliência dos profissionais de saúde e a importância de uma abordagem integral para enfrentar crises de saúde pública. No entanto, os

desafios persistem, e a experiência adquirida durante a pandemia ressalta a necessidade de políticas públicas específicas para lidar com futuras emergências, garantindo que todos, independentemente de sua situação socioeconômica, tenham acesso a cuidados de saúde eficazes e equitativos.

5.2.5 Contexto/implicações políticas/*fake news*

No Brasil, a Pandemia Covid-19 foi marcada não somente pelas questões sanitárias envolvidas, mas pela acentuação de um movimento observado no período eleitoral de 2018 marcado pelas chamadas *fake news*, expressão em inglês que significa “notícias falsas”. Além disso, não é possível contar a história da Pandemia no país e na capital fluminense sem mencionar o contexto político nacional, estadual e municipal respectivamente como descrito no capítulo sobre o caso do Rio de Janeiro.

A pandemia atingiu a sociedade já fragilizada por anos de gestão ineficaz na área da saúde, resultando em uma crise multifacetada. A falta de valorização da APS, a desorganização administrativa, e a disseminação de informações falsas agravaram ainda mais os efeitos deste momento histórico. Os profissionais de saúde narram registros importantes do período pré-pandêmico, quando houve mudanças significativas na rede municipal de saúde carioca, principalmente na APS, que foi marcada por greve por três anos consecutivos (entre 2017 e 2019), desvalorização dos profissionais e desestruturação dos serviços. Resultado: restrição de acesso e uma enorme demanda reprimida.

[...] quem viveu quatro anos de uma gestão de atenção primária com pouca valorização, com greves e as pessoas passaram a desconfiar mais do serviço, de ter uma restrição de acesso e uma demanda reprimida. Eu tinha falado que a gente trocou de contrato de gestão ainda no ano passado, na gestão anterior, e isso não foi melhorado e ainda veio a pandemia. Então, a gente já tinha uma demanda reprimida pelos processos de greve que a gente passou, de desestruturação da atenção primária, [...] fase de retomada, a gente vai ter que voltar para 2017. Para realinhar aquilo que a gente perdeu nos quatro anos de gestão anterior que eu acho que talvez tenha sido mais danosa, que inclusive, a pandemia, dentro do nosso território (MFC Marcio - OUT/21).

Essa gestão inadequada levou a uma falta de confiança no sistema e a uma redução significativa nos salários dos profissionais, como observado pelas enfermeiras da AP 5.1 e 3.3. A interrupção dos contratos em fevereiro de 2020 agravou a situação, deixando as CF sem muitos de seus técnicos e médicos

experientes. Com a chegada da pandemia, a fragilidade do sistema de saúde se tornou ainda mais evidente. A desorganização administrativa durante a transição de contratos e a redução de salários dificultaram a reposição de equipes e a retomada dos serviços essenciais. O resultado foi uma preparação insuficiente para enfrentar a crise, impactando a capacidade de resposta às demandas emergentes e colocando em risco a saúde de profissionais e pacientes.

[Em fevereiro de 2020, o Prefeito Crivella encerrou os contratos.] Exatamente! Eu voltei a ganhar o que eu ganhava em 2011 quando eu comecei na Estratégia. Depois de quase dez anos depois, você voltar a ganhar um salário lá de trás, tendo todas as responsabilidades financeiras que você tem hoje isso é uma agressão sem tamanho e acabou, acabou com as clínicas da família, quase nenhum médico mais ficou nesse cenário. Isso pré pandemia. Isso daí já afetou a gente de uma maneira bizarra. Isso daí já preparou para a desgraça que vinha a seguir." [...] Até repor a equipe demorou uns bons meses. Perdi todos meus técnicos de enfermagem e já eram antigos na casa, recebi uma equipe toda nova, só técnicos recém-formados, sem experiência, ninguém entendia de vacina, ninguém entendia de nada (ENF Debora - DEZ/21).

[...] a gente ficou na Rio Saúde, foi PECEP, Rio Saúde, até chegar aqui a Gnosis agora. Mas até isso acontecer, foi no meio da pandemia também. E foi muito ruim porque diminuiu o salário de todos os profissionais. Então, não foi só a troca, foi porque diminuiu o salário da gente.[...] tinha gente que não queria trabalhar porque não achava certo. Eu vou atender esse povo todo e ainda ter que, meus salários diminuía (ENF Luciana - JAN/24).

Durante a pandemia, a gestão pública enfrentou críticas severas por sua abordagem desorganizada e politicamente motivada. Uma MFC da AP 2.1 destacou a falta de planejamento na compra de vacinas e a promoção de medicamentos sem eficácia comprovada, criando desinformação e medo na população. A má gestão resultou em uma resposta tardia e inadequada, comprometendo a eficácia das campanhas de vacinação e a confiança nas medidas de saúde pública.

Casos de corrupção, como a compra de equipamentos a preços inflacionados para ganho pessoal, foram citados como exemplos de como a crise foi explorada para enriquecimento, em detrimento da saúde pública. A exploração do sofrimento e da vulnerabilidade dos pacientes e profissionais foi um dos aspectos mais tristes da pandemia, exacerbando a sensação de injustiça social.

[...] é difícil não falar em que a gente tinha disponibilidade de vacina muito tempo antes e não foi feita a compra. Foi feita divulgação de

medicações que não funcionam como se funcionassem. Então, as pessoas com medo e ouvindo uma pessoa que elas acreditavam, por mais que essa pessoa não tivesse embasamento científico nenhum. [...] o que a gente viveu aqui muito foi por uma questão política muito mal organizada, muito mal estruturada. O nosso calendário de vacina que sempre foi de orgulho não foi atualizado a tempo. Quantas pessoas não teriam morrido se as vacinas tivessem sido compradas? [...] Fora as questões de oportunismo de políticos comprando aparelhos muito mais caros do que deveriam para poder roubar um pouco em cima disso. Então, ver que pessoas se aproveitaram desse sofrimento para enriquecer, foi muito triste. A gente viu os nossos pacientes, os nossos familiares, a gente adoecendo, colegas morrendo e, enquanto isso, pessoas enriquecendo a essas custas. Foi triste (MFC Clara Antunes - OUT/22).

Apesar dos desafios, a pandemia também destacou a importância do Sistema Único de Saúde. Uma enfermeira da AP 2.2 observou um aumento na valorização do SUS, com muitas pessoas que anteriormente dependiam de serviços privados recorrendo ao sistema público pela primeira vez. Os sentimentos da população foram manifestados em protestos criativos durante a vacinação, utilizando simbolismos como jacarés e placas para expressar suas críticas ao governo e sua valorização do SUS. As citações políticas e o clima de polarização são recordados principalmente durante as experiências nas salas de vacinas, em que foram observadas demonstrações pelos usuários. Vacinar tornou-se sinônimo de ato político.

Vou tomar a vacina e virar jacaré era uma coisa que era muito citada e as pessoas também começaram a colocar um pingão de ironia nisso também. A pessoa ia vacinar e tava às vezes com blusa da cuca. Tava com algum broche do jacaré sendo vacinado. [...] trazia plaquinha, “fulano não sei o quê genocida”. Trouxeram muita questão de valorização do SUS também [...] Muita gente até que vinha e estava acostumada com serviço privado até para as outras vacinas, que a gente faz de rotina, teve que acessar o SUS pela primeira vez. Então acho que deu uma valorização para o sistema de saúde que a gente tem público aqui no Brasil. [...] “essa vacina é pelo meu filho” e citava o nome do político como genocida (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

A pandemia também revelou a importância crítica de uma comunicação clara e baseada em evidências. Algumas profissionais observaram que a disseminação de informações confusas e tardias, incluindo *fake news*, contribuiu para a desorganização e o pânico. A falta de orientação adequada levou muitas pessoas a recorrerem a tratamentos ineficazes e a comportamentos desesperados, como o consumo indiscriminado de medicamentos sem prescrição. A crise destacou a necessidade de

fortalecer os canais de comunicação e garantir que informações confiáveis e cientificamente embasadas sejam acessíveis tanto para profissionais quanto para o público. A educação contínua e campanhas de conscientização são essenciais para combater a desinformação e promover práticas de saúde seguras e eficazes.

[...] acho que a nossa política é complicada. Acho que não é passada informação correta para a gente, tanto profissional como usuários, pacientes, na televisão e tudo mais. Às vezes é tudo muito confuso, acho que essa confusão toda, até de fake news e tudo mais, é que as informações são muito tardias (ENF Luciana - JAN/24).

Acho que deveria ser uma coisa mais bem organizada, para que as pessoas não saíssem iguais umas loucas tomando um monte de remédio, comprando remédios, desesperadas, arrumando um monte de coisa para tomar sem saber ao certo (ACS Rebeka - AGO/20).

A importância e necessidade urgente de valorização dos profissionais de enfermagem também foi ressaltada por uma enfermeira atuante na zona sul do Rio de Janeiro. Os profissionais da enfermagem, entre enfermeiros e técnicos, compõem a principal força de trabalho dos postos de vacinação sendo os responsáveis por toda organização destes locais assim como dos locais de testagem, na execução da coleta dos materiais. Enquanto profissionais de saúde foram saudados como heróis durante os picos da pandemia, foi apontado que essa valorização foi temporária. A categoria, especialmente os técnicos de enfermagem, continua a ser desvalorizada socialmente, apesar de seu papel crucial na gestão da pandemia. A falta de reconhecimento, refletida em salários baixos e condições de trabalho precárias, permanece uma questão presente.

A minha categoria profissional é uma categoria que é socialmente desvalorizada. [...]É uma categoria profissional, principalmente dos técnicos de enfermagem, que são pessoas que trabalharam comigo em parceria durante todo o processo da campanha de vacinação, do processo de trabalho de cuidado dos doentes, dos sintomáticos respiratórios durante o período mais crítico da pandemia, que antigamente já era muito desvalorizado e que, apesar das palmas da população chamando a gente de herói, enquanto profissional de saúde, em determinado período da pandemia, caiu-se por terra novamente (ENF Kátia Brito - OUT/23).

Sim, sim, eu acho que mudou, sim, as pessoas mudaram o conceito em relação à vacina, porque antes não tinha questionamento. Ah, tem que tomar vacina. Eu ia lá, dava a vacina, ia com a carteirinha, não ficava perguntando o que era, agora tudo é pergunta de tudo, até lá agora no trabalho eu percebo isso, que tem uma certa resistência à

vacina, não só do Covid, mas das outras. Parece que as pessoas estão mais resistentes a tomar as vacinas, os encontros. Eu acho que foram as informações que chegam, as fake news, deixa as pessoas confusas (ACS Karen Caroline - MAI/24).

Os anos que antecederam e durante a pandemia de covid-19 evidenciaram falhas estruturais e de gestão que comprometeram a eficácia da resposta à crise. A desvalorização dos profissionais de saúde, a desorganização administrativa e a disseminação de informações falsas contribuíram para um cenário caótico e prejudicial à saúde pública. No entanto, a resiliência dos profissionais e a valorização nos últimos anos do SUS pela população apontam para a necessidade de reforçar o sistema de saúde pública e promover uma gestão transparente e bem embasada cientificamente, capaz de enfrentar futuras crises com maior eficácia e equidade.

5.2.6 Testagem

A testagem de covid-19 foi um componente crucial no enfrentamento da pandemia, mas passou por múltiplas etapas no cenário da APS carioca. A disponibilidade limitada de testes, a falta de protocolos claros e a evolução das estratégias de testagem caracterizaram os primeiros meses de resposta à pandemia.

Profissionais de saúde narram a evolução da disponibilidade dos exames diagnósticos na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro destacando as dificuldades iniciais e as mudanças nas práticas ao longo do tempo. No início da pandemia, em março de 2020, não havia ampla disponibilidade e, portanto, não se tinha confirmação etiológica da maioria dos casos. Inclusive para os próprios profissionais houve dificuldade no acesso ao diagnóstico laboratorial. Alguns precisaram recorrer à rede privada, em que os laboratórios cobravam elevados preços, com recursos próprios. A angústia da incerteza sobre o diagnóstico na ausência de exame confirmatório foi ressaltada por uma das MFC.

“Na primeira semana foi o PCR. E aí depois, na segunda semana, a gente fez sorologia que também deu positivo IgM e IgG. Eu fiz por conta própria, particular, naquela época a gente não tinha disponibilidade disso no SUS, paguei até caro” (MCF Caio).

“Eu não sabia que estava com coronavírus até fazer o exame. Eu acho que essa angústia é sanada quando você tem o teste, entendeu? Se eu pudesse mudar alguma coisa, eu acho que ampliaria esses exames que diagnosticam coronavírus”

(MFC Talita - JUL/20).

“[...] foi bem difícil também para fazer o teste. Eu me afastei e eu não sabia como tinha que fazer o teste” (ACS Rebeka - AGO/20).

A escassez de testes como o PCR na APS em 2020 complicou ainda mais a capacidade de identificar e isolar casos rapidamente, como destacado por dois MFC, um da AP 1.0 e outra da AP 3.3. Essa limitação de recursos impedia a ampla testagem, essencial para o controle da disseminação do vírus, resultando em um atraso significativo na identificação de casos positivos. As áreas programáticas possuíam fluxos próprios para a testagem de seus profissionais, em geral nas chamadas unidades sentinelas, porém nem sempre de fácil acesso: “No início, na APS do Rio, era muito difícil a gente testar alguém. Eu consegui testar, porque tinha um fluxo, eu trabalhava na 1.0 [em 2020], tinha um fluxo para profissionais da rede, mas foi um parto” (MFC Caroline Oka - NOV/21).

Foi meio complicado, não tinha fluxo para testagem [abril 2020]. Não tinha PCR muito fácil para passar, para paciente não tinha nenhum, para gente nas Unidades, lá na 1.0 tinha uma Unidade como se fosse sentinela, que eles estavam fazendo testagem com PCR para pessoas com síndrome gripal e os profissionais que tivessem adoecidos na nossa área (MFC Átila - OUT/21).

O início da testagem de pacientes se deu após aproximadamente seis meses do início da pandemia, inicialmente com testes rápidos de anticorpos – que não diferenciavam infecção atual ou contato prévio –, posteriormente testes rápidos com diferenciação entre IgM e IgG, seguido da oferta de PCR-rt, cujo resultado levava entre 3 a 10 dias e, por último, testes rápidos de antígenos em que a partir do swab de nasofaringe tem-se o resultado em 15 a 20 minutos. Vale destacar que o público-alvo era definido em notas técnicas, visto a indisponibilidade de material para testagem em massa: “No início, a gente não tinha nem como ofertar o teste rápido. Hoje [agosto/2020], a gente tem teste rápidos, também tem *swab*, mas só para linhas de cuidado, pacientes com tuberculose...” (ACS Mayara - AGO/20).

Só teste de Covid e influenza era separado, para gestantes, crianças menores de 2 anos ou 5 anos, não lembro agora, acho que eram menores de 2 anos, e óbito, casos de óbito no território por síndrome gripal. Mas aí era PCR, não saía o resultado na hora, chegava bem tempos depois. Cinco dias depois (MFC Clara Antunes - OUT/22).

Um MFC da AP 3.3 em entrevista realizada em 2021, narra que, inicialmente, os testes disponibilizados pela SMS-RJ não diferenciavam entre infecção aguda e passada, mas representavam um avanço em relação à ausência de testagem anterior.

A gente começou a testagem por volta de agosto [2020] se não me falha memória, mas acho que por volta de agosto do ano passado. Então, acho que essa primeira fase antes da testagem acho que durou ali uns 4 meses, 5 meses. A gente começou uma testagem por um teste de anticorpos, que é um teste que dava alguma informação para gente, mas ainda era um teste que dava informação posterior, depois dos 14 dias de sintomas a gente testava para saber se tinha anticorpo, a gente não diferenciava IgM de IgG, então a gente não sabia se era infecção aguda ou não, mas foi assim que a gente começou. E aí, mais pro final do ano, por volta de outubro, novembro que aí a gente começou a ofertar o rt-pcr. E aí ficou, a princípio era para profissionais da saúde. Depois a gente foi expandindo mais para a população geral (MFC Marcio - OUT/21).

[...] acho interessante a gente olhar para trás e observar esses períodos da pandemia que teve um período em que a gente não tinha teste, um período que só tinha de anticorpo, teste rápido, algo que não servia para muita coisa. Depois PCR, que demorava dois, três dias, às vezes demorava uma semana para sair o resultado, [...] E aí com o teste rápido de antígeno as coisas ficaram um pouco mais práticas, mas a gente também teve um problema da busca pelo teste (MFC Julia Horita - NOV/21).

No que tange a execução dos testes diagnósticos, tal tarefa coube aos profissionais de enfermagem e, com isso, sentimentos próprios desse momento ficaram evidentes, principalmente o medo. Importante salientar que os profissionais que estão em contato direto com os pacientes e seus fluidos corporais, são os mais vulneráveis à infecção (73).

Quando chegaram os primeiros testes a gente ficou muito ali na testagem, muito preocupado, todo paramentado. Capote, luva, máscara, óculos, N95, *face shield*. Esse que foi o pior momento. O momento mais delicado, quando a gente ainda não estava vacinado e o medo de contrair (ENF Leônidas - MAR/22).

Com a ampliação de forma significativa do público para a testagem no estado do Rio de Janeiro, pela Nota Técnica de 15 de outubro de 2020 sobre “Ampliação da testagem de Biologia Molecular RT-PCR para a detecção do RNA do Coronavírus” publicada em Diário Oficial 03 em novembro de 2020 (32), os profissionais de saúde narraram o aumento do número de pacientes procurando as unidades da APS e, conseqüentemente, uma maior sobrecarga de trabalho: “quando a gente começou a

testar em massa, primeiro com PCR, depois com teste rápido antígeno, a gente começou a ter um volume muito maior de pessoas com sintomas” (MFC Caroline Oka - NOV/21).

A introdução dos denominados testes rápidos antígenos em fase posterior da pandemia acelerou o processo de diagnóstico e desterritorialização desse tipo de atendimento fomentou o aumento do acesso por não munícipes. Nesta época, municípios vizinhos que fazem parte da Grande Rio possuíam protocolos diferentes para a oferta dos exames diagnósticos: “aqui na Baixada, se você não mora, pelo menos aqui em Mesquita, se você não tem um comprovante de residência, você não é atendido, coisa que aqui no Rio a gente já não tinha essa orientação” (ENF Debora - DEZ/21).

Na terceira onda, marcada pela variante Ômicron, com pico em janeiro de 2022, foi liberada no MRJ a testagem sem necessidade de critérios específicos, como, por exemplo, o tempo em relação ao início dos sintomas. Com a ampliação desse serviço, que significou a testagem em massa, as CF e os CMS tiveram que se adaptar rapidamente, visto que houve um aumento significativo no número de pessoas buscando testes. Por consequência, conflitos diversos foram vivenciados, como as solicitações de atendimento prioritário em meio ao caos vivido.

Em geral, foi estabelecida uma rotina em que qualquer paciente com sintomas gripais era testado antes de ser atendido dentro das clínicas. Caso o resultado fosse positivo, o paciente era direcionado para uma área de isolamento; se negativo, podia acessar outros espaços da unidade. Essa medida visava minimizar o risco de contágio dentro das unidades. A partir dessa dinâmica, foram descritos pacientes que utilizavam diariamente o serviço. Essa situação exigiu um esforço contínuo das unidades para manter a capacidade de testagem e gerenciar a demanda própria da APS.

“[...] no início era restrito de acordo com o protocolo que lançaram no momento, mas depois foi tendo um milhão de modificações. Depois teve uma hora que liberava para todo mundo os testes, quem quiser testar, faz, e a gente começou a testar em massa” (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

Foi bem difícil, porque às vezes dava qualquer sintomazinho, a pessoa já vinha e queria fazer o teste. Aí fazia o teste, dava negativo ou dava positivo, voltava dois dias depois querendo fazer o teste de novo para saber se ainda estava com Covid ou não, quando estava positivo. E aí

ficava querendo fazer o teste toda hora, toda hora, e aí entra a parte de você conscientizar, explicar, educação em saúde, que não era necessário fazer o teste novamente, mas aí a pessoa não entendia, aí ficava brigando, era difícil, era bem difícil. E outra coisa que era muito difícil também na questão do atendimento na época do Covid era a questão prioritária, por idade, porque a unidade estava muito cheia. Eu lembro que naquele momento que eu citei que eu peguei o Covid, foi no início de 2022, mas quando começou a flexibilização, a unidade ficou muito cheia, muito cheia, todo mundo querendo fazer muito teste de Covid, porque realmente estava muita gente com o Covid, de fato, e aí queriam a questão de prioridade, prioridade, prioridade, só que já tinha muito idoso, aí era uma confusão, uma briga, mas deu tudo certo. Muita briga. É, mas deu tudo certo (ACS Karen Caroline - MAI/24).

“E tem paciente que em qualquer sintoma gripal está lá. Tem paciente que está quase todo dia lá querendo testar. Tem paciente que dá positivo fica indo lá todo dia até dar negativo” (ENF Bruna Campos - OUT/23).

Com o passar do tempo, a realização do teste rápido antigênico para covid-19 tornou-se parte da rotina das unidades, compondo uma avaliação inicial dos pacientes que chegam com sintomas compatíveis com síndrome gripal, determinando o melhor fluxo para atendimento.

a Clínica mantém a rotina de que qualquer paciente com sintoma gripal vai fazer a testagem primeiro, antes de passar por atendimento dentro da Clínica. Se der positivo, a pessoa vai aguardar na área de isolamento. Se der negativa, a pessoa pode entrar dentro da Clínica (ENF Bruna Campos - OUT/23).

Por outro lado, questiona-se a pertinência da manutenção da oferta de testagem para covid-19 de forma ampla, irrestrita e sem vinculação com território, dado o avançar da vacinação e o “fim do *status* de pandemia” pela OMS. Tal declaração foi feita em maio de 2023, em Genebra, na Suíça, com o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à covid-19.

“Testagem, testagem. E até hoje [outubro 2023] nunca se acabou a testagem, se mantém a sala. E até quando vai ficar isso, não sei. Até quando vai ser válido ficar testando assim?” (ENF Bruna Campos - OUT/23).

A testagem de covid-19 na APS carioca enfrentou uma série de dificuldades, desde a escassez inicial de testes até a necessidade de adaptação às novas práticas e demandas. A falta de testes disponíveis e a ausência de protocolos claros dificultaram a resposta inicial à pandemia, enquanto a evolução das estratégias de testagem melhorou a capacidade de diagnóstico, embora com desafios contínuos no

equilíbrio entre o manejo das atividades próprias das unidades/equipes ESF com a gestão da demanda por testes.

5.2.7 Vacinação

A campanha de imunização contra a covid-19 se iniciou na cidade do Rio de Janeiro em 20 de janeiro de 2021, data simbólica e festiva para a cidade, por ser feriado municipal pelo dia do seu santo padroeiro São Sebastião. Nesta data, foram vacinados os profissionais de saúde em suas unidades de atuação e os idosos de instituições de longa permanência dos territórios. Alvo de uma corrida política, o início da campanha marca o primeiro grande ato da nova administração pública municipal, após as eleições de outubro de 2020. Dada a inexistência de insumos para vacinar toda a população e com o objetivo de organizar os processos de trabalho, a campanha foi organizada em algumas fases, inicialmente com critério por idade. Posteriormente, para o público abaixo de 60 anos, foi utilizado o critério de comorbidade e/ou categorias profissionais escalonado por idade.

A chegada da vacina contra a covid-19 simbolizou um momento de esperança e alívio, entre outras emoções narradas pelos profissionais de saúde ao serem vacinados. As lágrimas e os sorrisos durante a vacinação em 20 de janeiro de 2021 marcaram um evento inédito e altamente significativo. Este dia especial, foi um ponto de virada, trazendo um sentimento de vitória e gratidão, após meses de exaustão e desafios intensos. Para muitos, a vacinação foi mais do que um procedimento, foi um símbolo de resistência e de um passo crucial na luta contra a pandemia.

Esperança, entendeu? Tanto que na primeira dose teve pessoas lá do trabalho que choraram, ficaram emocionados [...] a vacina foi a esperança e olhando assim o que a gente passou, foi muito gratificante, claro, foi cansativo, exaustivo, mas olhando tudo que a gente fez, valeu muito a pena (ACS Leticia).

Foi feriado, foi dia 20 de janeiro, não esqueço. E aí a gente teve que ir pro trabalho, todos os funcionários, até porque a galera que tinha alguma comorbidade foi afastada. Eles ficaram afastados quase um ano. Então os que estavam aqui tiveram que segurar tudo. E aí eles tiveram que vir também, dia 20 a gente fez, veio todo mundo e foi todo mundo vacinado, um momento assim inédito pra todo mundo. Todo mundo tirou foto, teve gente que chorou, gente que se arrepiou porque era uma coisa muito complicada. E assim que a vacina chegou foi muito... um alívio pra todo mundo (ACS Raquel - MAI/23).

A vacinação dos profissionais de saúde começou dia 20 de janeiro. Eu

lembro que era feriado. Aí todo mundo tinha que ir para Unidade, a Unidade estaria aberta só para os profissionais de saúde para eles se vacinarem (MFC Átila - OUT/21).

[...] Emocionante a gente receber aquela vacina... lembro, assim, quando eu recebi a primeira dose, a sensação de alívio que deu no peito (MFC Caroline Oka - NOV/21).

Uma MFC da AP 4.0 destacou que a vacinação não era apenas uma dose de proteção física, mas também uma dose de esperança e conforto emocional. O ato de vacinar e ser vacinado se tornou um evento histórico, capturado em fotos e vídeos, com a percepção de estar vivendo um momento que seria lembrado no futuro.

[...] Foi um momento de alívio, de alegria. [...] Era um olhar de alívio e de compartilhar uma conquista, porque a gente... a gente passou por momentos muito tensos até a vacina chegar, [...] Eu acho que a dose, não foi só a dose da vacina, foi uma dose de esperança também. Acho que veio como... como um acalento, uma esperança, um alívio, de que a gente pudesse superar de alguma maneira ou de atenuar aquela situação de medo que a gente estava vivendo. Então eu lembro que foi um momento marcante, a gente tirava foto, todo mundo pedia para filmar. Foi histórico! Eu senti isso: como se você estivesse vivendo uma história que vai ser contada lá para frente (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

Acho que a vacina todo mundo esperava, mas ao mesmo tempo, todo mundo ficava "aí, será que é isso mesmo?" "Será que tem algum evento, algum efeito colateral?" Mas era uma coisa que a gente tinha esperança de sair. Porque a gente parou a nossa vida, a gente não podia fazer nada, nada. [...] ser vacinada como profissional de saúde para mim assim foi um privilégio, porque foi a primeira, a primeira classe assim, de profissionais de saúde a serem vacinadas depois de tantas mortes que a gente teve nesse período. Eu acho que foi uma coisa que trazia mais ainda o sentimento de gratidão mesmo, por estar ali e estar conseguindo vivenciar esse momento, coisa que muita gente não conseguiu (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

Alguns profissionais expressaram a dualidade de sentimentos, onde a vacinação trouxe tanto a sensação de ser cobaia quanto a de responsabilidade de ser um exemplo. A chegada da vacina foi vista como uma grande vitória, trazendo uma dose de esperança e alívio para superar a situação de medo da doença e suas potenciais complicações.

[...] foi uma expectativa de esperança, mesmo a maioria da população não acreditando, falando "você vai ser cobaia, você vai ser isso, você vai ser aquilo", então assim, eu acho que não só para mim, mas para todo profissional da área da saúde, foi uma vitória, mas não uma vitória pequena, mas uma vitória grande (ACS Everson - JAN/24).

[...] a gente ser os primeiros a ter que tomar, é sentir, ao mesmo tempo, como cobaias e ao mesmo tempo sentir a gente como exemplo. Então, assim, eu tinha que ser um exemplo da minha família (ACS Daiane - JAN/24).

Foi um suspiro de alívio, porque, apesar de tudo que a gente recebia de comunicação negativa em relação à vacina e com relação à propaganda negativa que era feita em relação à vacina, às fake news, às falas sobre uma vacina que foi feita tão rápida, já que geralmente elas levam décadas para serem realizadas, elas não iam ser efetivas. Qualquer pessoa que tenha um embasamento do conhecimento na cientificidade e perceba o esforço mundial que foi feito para a realização da vacina, percebia que não ia ser só... não existia a possibilidade de darem um placebo para a gente mundialmente falando, não consigo ter essas teorias da conspiração! E foi um alívio, foi um alívio grande, que imediatamente após trouxe um desgaste emocional e físico principalmente (ENF Kátia Brito - OUT/23).

Importante o destaque para a dimensão da campanha de imunização em que foi necessária grande energia por parte dos profissionais, por conta da extensão do horário de funcionamento das unidades. Durante os primeiros oito meses de 2021, as unidades da atenção primária carioca abriram de forma ininterrupta aos sábados e feriados. Além disso, as diferentes etapas vieram acompanhadas de diferentes experiências: do agradecimento inicial aos conflitos entre profissionais e usuários. Estes ocorreram pelas mais diversas causas desde pela remessa pequena de doses, até devido às atualizações diárias das orientações pela SMS-RJ.

Na época da vacina, aqui foi um momento muito feliz, assim, para os profissionais, para os pacientes, principalmente na primeira fase da vacina quando o critério bem definido, que era a questão da idade, as pessoas vinham, agradeciam. Era uma fase assim de felicidade para os profissionais que eu achei bem bacana. Isso trouxe bastante valorização assim para os profissionais da atenção primária, a campanha de vacina, acho que, a gente também fez bastante força para funcionar e isso sem dúvidas foi exaustivo, a gente abriu no feriado, sábado, só não abriu domingo, mas a gente estava numa fase assim bastante empolgada, fazendo diferença, sentindo que a gente tava fazendo diferença. [...] às vezes eu dava uma orientação pela manhã e à tarde aquela orientação que eu dei de manhã ela já não estava valendo. Pacientes ficavam irritados, porque tinha vindo um dia eu tinha falado uma coisa aí no outro dia é outra (MFC Marcio - OUT/21).

[...] outro momento que foi tenso, quando iniciou a vacinação, a gente começou a receber muito pouco. A gente começou a receber as vacinas, mas em uma quantidade muito pouca. E no início como a gente vacinava os idosos, começou com a população acima de 90, depois acima de 80... A população vem muito procurar vacina e aí

quando a gente vacinava, na época era com a Coronovac, frasco multidoses, de 10 doses, ele depois de aberto tem a validade de 8 horas. Então, se você abre um frasco no final do dia, você não pode aproveitar ele para o dia seguinte (ENF Leônidas - MAR/22).

[...] momentos de tensão e de conflitos que também aconteciam ali. Até porque muitas dúvidas, muitas perguntas, muitos questionamentos. [...] os profissionais ficavam até tensos, eu acho, na hora de acertar a vacina, porque você tinha que falar tudo com muita cautela e era aquela mesma fala que repetia por muitas vezes, eram muitas doses aplicadas (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

Às vezes demorava cinco minutinhos para abrir e eu estava terminando de organizar. As pessoas já começavam a falar, falar, falar. No começo foi insuportável a vacina. Já dava dor de cabeça só de você chegar lá na vacina, e saber que seria um estresse (ENF Bruna Campos - OUT/23).

E com a vacina a unidade ficou superlotada, muito cheio e muita confusão. Nossa! É uma loucura! Um desgaste, todo dia a gente pergunta quando é que isso vai melhorar, porque a equipe trabalha, só não trabalha domingo. Tem uma escala, de segunda a sábado. [...] No começo da vacina a gente trabalhou no Carnaval, todos os feriados. Carnaval, todos os feriados, toda a equipe trabalhando (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

Para muitos profissionais, como duas MFC da AP 2.2 e 4.0, a vacinação marcou um ponto alto em suas carreiras, trazendo uma mistura de emoções e um sentimento de realização. O envolvimento intenso com a campanha de vacinação afetou profundamente suas vidas pessoais e profissionais, sendo momento de grande satisfação. A participação na vacinação de pacientes restritos ao leito e em locais de longa permanência mostrou a dedicação em garantir que todos tivessem acesso à proteção contra a covid-19, reforçando o compromisso com a saúde da comunidade.

A gente participou da vacina, principalmente indo até a casa dos pacientes que estavam restritos ao leito, dos acamados. Nos locais de longa permanência, a gente teve um sábado direcionado para isso (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

A vacina, para mim, eu acho que quando eu fui vacinada foi uma das coisas mais emocionantes que eu já vivi dentro da minha profissão, porque isso fez parte da nossa vivência profissional isso tudo. Não só nosso autocuidado em saúde. Não sei, foi muito emocionante o dia e os dias antes. Eu lembro “vai aprovar? não vai?” Pode vacinar ou não pode? Quando vai ser? Aqueles dias antes foi muito... muito excitante. Uma ansiedade gostosa, caramba está chegando (MFC Julia Horita - NOV/21).

[...] o nosso papel como agente comunitário de saúde é levar essa informação, para que eles não deixem de se cuidar, de se imunizar

devido a essa falta. E isso aqui é uma questão de incentivá-los. Tanto a gente mesmo fazendo o nosso papel, tomando a vacinação, incentivando, mostrando, dando a devida informação, porque todo dia muda alguma coisa, como também incentivando eles a se imunizar. E tem também a questão de não dar para ir a Unidade, a gente vê outros meios, junto com a equipe técnica, de levar essa vacinação para esses pacientes (ACS Thais Almeida - MAI/23).

A participação de diferentes categorias profissionais na campanha de vacinação repercutiu em ajustes nos processos de trabalho das unidades básicas. Houve sobrecarga aos profissionais em diferentes frentes: tanto nos pontos de vacinação, quanto no atendimento à síndrome gripal e outros serviços ofertados.

[...] a enfermagem foi muito deslocada de participar de um consultório, de estar em VD e outros setores também, para ficar deslocada para vacina. Elas começaram a fazer muita hora extra, porque às vezes sábado tinha um dia D que precisava um monte de enfermeira. Então isso foi sobrecarregando um pouco mais assim os médicos das unidades. Com relação aos médicos, a gente participa pouco do processo de vacinação. A gente acaba fazendo mais a vacinação do território, vacinação de acamado, em VD, porque elas ficam tão dentro da Unidade que não consegue sair da Unidade (MFC Átila - OUT/21).

[...] a gestão, em alguns momentos, tenta direcionar toda a força de trabalho para a vacina, quando isso não era tão necessario assim. Eu entendo, a intenção é boa, mas eu acho que acabou prejudicando outras coisas e estamos sofrendo as consequências disso agora. Eu acho que houve um impacto. Eu acho que agora a gente está conseguindo se reorganizar [nov 2021]. Tentar voltar o mais normal possível, dentro do consultório" (MFC Julia Horita - NOV/21).

O ano de 2021 para nós da equipe de enfermagem foi um aperto. Chegou a vacina. Uma confusão muito grande e, assim, realmente a gente saiu da sala, da sala zero. Mas os atendimentos continuaram. Não tão altos quanto antes, mas continuaram às vezes 20, 30, 40 por turno, ter muito movimento. Normalmente esse movimento, nesses meses, eram na segunda-feira. Segunda-feira, quando a gente chegava para trabalhar, você não conseguia passar no corredor. [...] Vacinar toda essa população e tanto questionamento, tanta coisa, nossa senhora! Muito difícil. Tá sendo até hoje muito difícil! Cada hora uma orientação diferente, até mesmo no atendimento do covid (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

A logística da vacinação apresentou muitos desafios, como descrito por alguns enfermeiros. A gestão do estoque de vacinas, o monitoramento rigoroso da temperatura e a organização das escalas de atendimento exigiram um nível de organização e adaptação sem precedentes. A necessidade de evitar desperdícios de vacinas, planejar estratégias diárias e lidar com a pressão constante foi uma tarefa monumental. A constante mudança de orientações, muitas vezes comunicadas pela

mídia antes dos profissionais, adicionou uma camada extra de complexidade e estresse ao processo.

A resiliência e dedicação dos profissionais de saúde foram fundamentais para o sucesso da campanha de vacinação. As narrativas mostram a capacidade de adaptação, o compromisso com a saúde pública e a superação dos desafios diários. A participação ativa na vacinação, muitas vezes em condições adversas e sob intensa pressão, destacou o papel vital desses profissionais na luta contra a pandemia. A experiência de vacinar a população e enfrentar os desafios associados fortaleceu a determinação de continuar a luta.

No início era Coronavac, depois chegou Astrazeneca, depois a Jansen, depois a Pfizer... Se você for pensar, hoje você tem no posto de vacina de covid, você tem seis imunizantes diferentes, contando com a Coronavac e a Pfizer infantil, [...] você tem praticamente uma outra sala de imunização voltada para o covid, com as suas particularidades da vacinação de criança que tem que ser a mesma dose da primeira e da segunda. Desculpa, sempre acabo falando muito nisso porque é uma preocupação recorrente [...] tem que evitar o máximo sempre qualquer erro de imunização (ENF Leônidas - MAR/22).

[...] eu falo que a vacina pro covid, ela não tem nada parecido com nenhuma outra campanha antes. Eu sou enfermeira de sala de vacina há quatro anos. E eu não me estresso nem metade do que eu me estressei na campanha da covid. Muita pressão, assim, entendo, a gente também tem que ser um pouco crítico e eu acredito que foi organizada assim por quem idealizou e planejou, quem fez toda essa parte de organizar um serviço para fazer as coisas teve a preocupação de fazer uma coisa boa e que funcionou por muito tempo. Mas, a gente se viu obrigado a fazer muitos arranjos adaptados nas unidades para fazer isso dar certo[...] não pode sobrar vacina. Isso foi uma coisa que deixou a gente muito pilhado. Não pode sobrar vacina de jeito nenhum, e realmente eu concordo que não pode. Então, você se vê todos os dias planejando novas estratégias para não sobrar. Só que às vezes sobra. As vezes a gente se via pegando mototáxi, pegando o Uber, correndo para dentro do território com cooler, [...] Não pode sobrar, não pode jogar fora. Sabe, isso provocou na gente muito estresse durante muito tempo, a gente elaborou muitas estratégias. [...] A prestação de contas da vacina também é bastante estressante. Os estoques... entendo que a gente está em um país que a coisa é difícil. Existe roubo. Vacina é uma coisa muito cara, então a prestação de conta é pesada mesmo, mas é muito mais pesada do que naturalmente é. Eu sei que a cobrança é muita, porque imunobiológico é uma coisa muito delicada, então tem questão da temperatura, da distribuição. Está estressante não só para a gente na ponta, mas a gente percebe que para os serviços de vigilância também está bem estressante (ENF Debora - DEZ/21).

[...] a vacinação é algo que naturalmente ela já é envolta de muita atenção, de muito cuidado e protocolo por conta da quantidade de erro mesmo. A administração, geralmente era mais de uma vacina, não é que nem agora, que você vai lá só tem uma vacina, é a Pfizer bivalente que vai ser para todo mundo vacinar. Eram várias vacinas diferentes, que precisavam de diluição, precisavam monitoramento constante de conservação do frasco, que eram seis horas, que tinha que ter atenção na quantidade de diluição para cada uma delas, o tipo de, a dosagem das vacinas eram diferentes, algumas eram 0,3, outras eram 0,5. E isso foi outro ponto de desgaste mental e físico durante o processo de pandemia na minha profissão. Porque era uma demanda muito grande de pessoas todos os dias. [...] o dia que a gente vacinava menos, a gente vacinava 1.500 pessoas. E aí é um processo que demanda muita organização, a gente precisava chegar mais cedo do que o horário de trabalho para organizar os postos, organizar as caixas de vacinação. [...] ficar o tempo inteiro monitorando temperatura de caixa, avaliação de reação vacinal, notificação, solicitação de insumos, organização de pessoal, escala de atendimento, escala de almoço, absolutamente tudo, era algo que trazia muita tensão, era muito desgastante. as pessoas às vezes iam lá simplesmente, porque a vacina na época era obrigatória para precisar sair do país, então iam de um jeito a muito contragosto e acabavam depositando na gente como profissionais de saúde, as frustrações deles por não quererem a vacina justamente por essa contaminação de informações falsas (ENF Kátia Brito - OUT/23).

[...] todo dia saíam as normas diferentes e tinha que ficar de olho toda hora, porque às vezes agora era uma coisa, que há dez minutos já não era, era outra coisa. E, às vezes, saía na mídia antes de sair para a gente. Aí tinha esse desencontro de informações. [...] Toda hora a mídia estava lá. No meu posto, a mídia estava quase todo dia. Você trabalhava ainda sob a pressão das pessoas e a mídia em cima de você ainda. [...] Às vezes botavam a luz na minha cara tão forte que eu não conseguia nem enxergar direito. Aí tinha essa questão também da mídia que atrapalhava (ENF Bruna Campos - OUT/23).

[...] foi um desgaste também muito grande, porque era uma briga. [...]. A primeira vacina que a gente recebeu foi a Coronavac, e aí a gente começou com critério de idade, então as pessoas mais idosas para as pessoas mais novas. E a gente seguia o calendário do município do Rio. Eu acho que nesse momento das pessoas mais idosas, 90 anos ou mais, 80 anos ou mais, a gente não teve um grande estresse. Eu acho que o estresse começou a ser com os 60 e pouquinho. No meio disso, os critérios foram mudando. Era fator idade, aí depois comorbidade, e aí eles mudavam de novo e a gente ficou nesse indo e vindo novamente e muitas vezes a população não compreendia. E aí a gente tinha às vezes na faixa etária de 60 anos, sobrava vacina, as pessoas faziam fila para aguardar o que sobrou de vacina, que eles caracterizam como xepa, para ver se eles conseguiam tomar. E aí também foi uma parte do desgaste que a gente tinha, porque o nosso posto de vacinação ele fechava às 17 horas. Às vezes eram 15h da tarde e a gente já tinha fila de pessoas que não eram daquela faixa etária, mas que estavam ali aguardando esse resto da vacinação. E isso foi desgastante também até para a gente como profissional. [...] foi bastante desgastante no sentido de lidar com o público e ter que

explicar que não era você que estava criando as regras, existe alguém superior que cria e a gente tem que seguir. [...] um desgaste às vezes até com ofensas da população para a gente com palavras de baixo calão, enfim, porque a gente não podia vacinar, porque ela não estava naquele critério. [...] a gente até pediu na época o apoio dos médicos, de alguns médicos que a gente tem na Unidade, para poder ajudar nessa vacina, porque a gente também não tinha profissional de enfermagem suficiente (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

A luta contra a desinformação foi outro grande desafio. *Fake news* e teorias da conspiração sobre a vacina geraram desconfiança e hesitação entre a população, colocando os profissionais de saúde na linha de frente para combater esses mitos. A educação e a comunicação correta se tornaram cruciais para incentivar a vacinação. Enfrentar a resistência e as reações negativas do público foi desgastante, mas também reforçou a importância do papel dos profissionais de saúde na promoção da ciência e da saúde pública.

Em meio a escala da gente, como agente comunitária de saúde na escala da vacinação, a gente presenciava bastante, tanto pessoas que apoiavam, que falavam parabéns pelo trabalho de vocês, parabéns, viva a ciência, como pessoas que recusavam, que falavam que não iriam tomar, pessoas que questionavam, mesmo a gente dando a devida informação, a informação correta, para que eles compreendessem qual o objetivo da vacina essa recusa (ACS Thais Almeida - MAI/23).

Uma MFC da AP 2.1 destacou a importância crucial da ciência e da vacinação para evitar o retorno de doenças erradicadas, como a poliomielite e a meningite. O sucesso da campanha de vacinação contra a covid-19 ressaltou a eficácia da ciência e a necessidade de manter altos índices de cobertura vacinal. Já outra MFC da AP 2.2 expressou orgulho no sistema público de saúde e na capacidade do SUS de responder eficazmente, apesar das adversidades e das forças contrárias. A campanha de vacinação renovou a fé no sistema de saúde e demonstrou a importância de um esforço coordenado e baseado na ciência.

[...] o maior impacto é em relação à ciência, à vacinação. É muito triste de arrepiar, na verdade, Covid está acabando, a gente está vacinando, que bom, mas, polio, relatos de retorno de polio no Brasil, desde o final dos anos 80, que não tinha o caso de polio, meningite, surto de meningite em São Paulo, aqui no Rio também[...] dá pra aprender da pandemia é que a ciência funciona. [...] A cobertura vacinal está superbaixa. O Brasil, antigamente, tinha aquela história, o programa de imunização do Brasil é lindo, mas as pessoas têm que se vacinar pra isso. Pra funcionar, tem que estar vacinando (MFC Clara Antunes - OUT/22).

Cada pessoa vacinada uma felicidade diferente, não só da minha família, mas ver aquela unidade cheia[...] eu fico tão feliz ainda mais um momento que a gente tem aí, um movimento antivacina, de fake news de vacina. Então, assim, ver que mesmo com tudo isso a gente tem sistema público de saúde, Universal e que está ali, dando conta do recado apesar dos pesares e apesar das forças contra é o motivo de muito orgulho de tá lá. Motivo de muito orgulho do SUS e muito emocionante (MFC Caroline Oka - NOV/21).

5.2.7.1 Escolhendo a vacina (*sommelier de vacinas*)

Durante a campanha de imunização contra a covid-19 surgiu um movimento até então inédito por parte da população de escolha da vacina a partir do laboratório fabricante. A esse movimento foi dada a alcunha “*sommelier de vacinas*”, ou seja, especialista em vacina, em alusão ao profissional que atua na escolha de bebidas alcoólicas. O uso desse sentido emergiu para realizar uma crítica a essas pessoas, uma vez que, em meio a uma pandemia com centenas de milhares de óbitos, não era pertinente escolher a marca do imunizante na iminência de contágio. O efeito de sentido construído é chamar a atenção dos indivíduos para algo que eles não têm competência (128). No Rio de Janeiro, ao longo de toda a campanha, foram utilizadas as vacinas CoronaVac, AstraZeneca, Janssen e Pfizer.

A recusa a determinadas vacinas criou desafios adicionais para os profissionais de saúde, que precisaram lidar com a hesitação e desinformação. Uma ACS da AP 2.1 descreve que a sua impressão era de que a escolha das vacinas pelos pacientes se assemelhava a uma feira, onde as pessoas escolhem suas frutas e verduras. Muitos usuários desenvolveram uma preferência pela vacina Pfizer, rejeitando outras opções como a AstraZeneca e a Coronavac, conforme relatado por uma enfermeira da AP 2.2, em 2021. Esse comportamento levou a uma variação no fluxo de pessoas nos postos de vacinação, com alguns dias sendo mais movimentados, dependendo da vacina disponível: “começou a Pfizer, e aí as pessoas agora querem tomar Pfizer. Elas querem escolher, então a Pfizer tinha acabado, então pessoal não tava indo. Aí a Pfizer voltou hoje, aí o pessoal tá descobrindo ainda que chegou e tá voltando o fluxo” (ENF Caroline Teixeira - MAI/21). Essa preferência exigiu uma gestão cuidadosa dos estoques e da logística para minimizar os impactos negativos.

Todos os dias. Sei lá. De 100 pessoas, 90% das pessoas queriam escolher. “Eu quero tomar Pfizer”. “Eu quero tomar a Janssen”. E não era. Era a que tinha no momento. E a gente sentia uma certa recusa de vacina. Eles iam mesmo... Hoje tem qual? Era tipo feira. “Hoje eu quero tomar tal”. E a gente: “não, a que tem é essa”. E a gente tentava

conversar, convencer a pessoa a tomar. Enfim, umas a gente conseguia, outras não (ACS Raquel - MAI/23).

Tanto no Pindaro, como no Planetário, no Jockey, aqui... Nos polos que a gente ficava, sempre tinha uma pessoa querendo escolher a vacina. E até hoje, com a quinta dose. A gente tá com a quinta dose, que é a Pfizer. Mas eles perguntam: "qual é a vacina? Eu não quero tomar AstraZeneca. Eu não quero tomar não sei o que." Não, é a Pfizer. Eu não sei o que que eles se apegaram pela Pfizer, a querida deles é a Pfizer (ACS Raquel - MAI/23).

Um ACS da AP 3.3 notou que as preferências por determinadas vacinas variavam com o status socioeconômico, com pessoas de classes mais altas frequentemente preferindo a Pfizer e rejeitando a Coronavac. Essa tendência refletia a influência de percepções de qualidade associadas a diferentes vacinas.

[...] teve gente que falou assim, "ah, eu quero tomar essa vacina, não quero tomar essa". Às vezes, tipo assim, ah, nesse dia que tem Pfizer, aí lotava. Aí nesse dia que tem Coronavac, aí já diminuía, entendeu? Tinha gente que escolhia, tinha gente que não ligava. [...] A gente tá aqui pra salvar a vida de todo mundo, o máximo que a gente puder. A vacina tá aí, mas tinha gente que escolhia. [...] a galera de classe média alta, "ah, eu só quero Pfizer". Entendeu? A galera um pouco mais remunerada, pô, não, "ah, tem Coronavac, então não quero não". la embora mesmo, realmente embora. Você vê que a galera chegava de carro, saía de carro e falava assim (ACS Everson - JAN/24).

A desconfiança em relação a algumas vacinas foi alimentada por mitos e *fake news*, como observado por dois enfermeiros da AP 2.2. A mídia e informações incorretas exacerbaram o medo de vacinas como a AstraZeneca. Este ceticismo dificultou a campanha de vacinação, exigindo um esforço constante de comunicação e educação por parte dos profissionais de saúde. Inicialmente, a Coronavac foi bem aceita, mas à medida que outras vacinas foram introduzidas, como a AstraZeneca e a Pfizer, houve uma mudança nas preferências.

"Ah, porque não quero fazer com a Astrazeneca porque a Astrazeneca dá muita reação". E a gente já explica "Senhora, qualquer vacina pode dar reação, qualquer vacina pode causar reação. O importante é a senhora se vacinar e estar imunizada". Então, isso lá no início foi muito "Ah aquela vacina é experimental", "Ah aquela vacina não funciona", a gente teve muito disso também (ENF Leônidas - MAR/22).

Eu acho que isso era o mais louco. No momento que a gente só tinha vacina como a esperança e as pessoas ainda queriam selecionar qual vacina, porque era isso. No início, a gente tinha Coronavac, então as

peessoas aceitavam a Coronavac muito tranquilamente, mas quando a gente começou com AstraZeneca, a gente teve uma resistência muito grande, por todo um boato da Astrazeneca causar trombose e porque não sei quem morreu por causa da AstraZeneca. E a gente sabe também que tem uma modificação muito grande da mídia em relação a isso tudo. Então as pessoas, assim: a AstraZeneca era uma que a maioria não queria tomar. Elas queriam na verdade, Pfizer (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

No geral, a maior parcela das pessoas aceitava a vacina disponível, mas havia um percentual significativo que tentava escolher a vacina específica. Um MFC da AP 3.3 mencionou que muitos pacientes tinham preocupações com efeitos trombose associado à AstraZeneca. Os profissionais de saúde frequentemente precisavam usar de suas técnicas de comunicação e tranquilizar os pacientes sobre a segurança das vacinas, o que foi crucial para aumentar a aceitação. Foi necessário um enorme esforço para combater a desinformação e, assim, garantir que o maior número possível de pessoas fosse vacinado.

A maioria das pessoas tomam a vacina. A gente brincava assim, a pessoa perguntava “qual é a vacina?” a gente respondia “do coronavirus”. Aí as pessoas, na maioria das vezes, eram... aceitavam a vacina que tinha, mas de fato tem alguns pacientes que fazem essa escolha, que querem na determinada dose e tal, então tinha isso, Aí a gente tentava orientar. Alguns não aceitavam, vinham com algumas falas da questão da trombose, da AstraZeneca, da questão da reação, sempre teve alguma questão, sempre teve assim, a gente vivenciou isso “ah, a Coronavac é muito fraca”. Tem alguns mitos que vem sendo trazidos para essa situação da vacina e a gente vai tentando dialogar. Mas isso não é a maioria dos casos. Isso é uma parte das pessoas, mas a maior parte se vacina e nem sabe qual é (MFC Marcio - OUT/21).

A vacina Janssen, por ser de dose única, foi rapidamente esgotada devido à alta demanda, conforme a fala de uma enfermeira da AP 2.2. A conveniência de uma dose única atraiu muitos, demonstrando como a logística da vacinação influenciou as escolhas dos pacientes.

Uma que eu vi que o povo aderiu mesmo, quando a gente teve mas foi no início, foi um período bem curtinho que a gente recebeu, foi a Janssen. Pessoal quis bastante porque era uma dose única, então não tinha que retornar para tomar uma segunda dose. Tanto que ela durou muito pouco, quando a gente recebeu, eu acho que no primeiro ou segundo dia já tinha acabado meio que o estoque. Mas eu acho que uma grande resistência mesmo foi AstraZeneca por causa da história da trombose (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

Orientações incorretas de alguns médicos influenciaram as escolhas dos pacientes, dificultando a tarefa dos profissionais de saúde nas unidades da APS carioca. A desinformação médica sobre contraindicações inexistentes complicava ainda mais a aceitação das vacinas disponíveis. Inicialmente, a campanha de vacinação enfrentou restrições quanto à intercambialidade das vacinas, o que complicou a gestão dos estoques e a administração das doses. Conforme o avançar da campanha, as orientações foram sendo atualizadas e a flexibilização das diretrizes com a possibilidade de intercambialidade impactou positivamente aos profissionais dos pontos de vacinação, reduzindo conflitos e simplificando o processo de imunização.

Teve, sim, com certeza, porque a população coloca algumas questões de contra indicação que na verdade não existem. E aí vem um médico do serviço particular ou mesmo do serviço... não estou falando de médico de serviço particular, mas de qualquer médico ou qualquer pessoa que orienta o determinado usuário a fazer só com a vacina x, y ou z e aí para a gente desconstruir isso quando o usuário chega lá com a gente é extremamente difícil. Mas hoje [MARÇO 2022] já está mais fácil, porque hoje já está liberado, eles liberaram a intercambialidade com qualquer um dos imunizantes, então fica mais fácil. Só no momento agora, agora que não está tendo a Pfizer. Está mais restrito, só por isso, mas as outras todas, agora tudo bem. Mas na época como tinha... o que acontecia muito, lá antes, como a gente está falando, só tinha, por exemplo, a Coronavac e Astrazeneca, aí por uma questão de estoque orienta fazer a primeira dose com a Astrazeneca. Então, hoje a primeira dose é da Astrazeneca. Por que? Para deixar a Coronavac para quem está precisando tomar a segunda dose e vice-versa. Isso alternava às vezes de um mês para o outro, de acordo com o estoque, entendeu? Então, isso dava muito conflito também, porque às vezes a pessoa chegava e falava “Ah não, mas eu queria com a Coronavac”, “Ah não, mas eu quero com a Astrazeneca”. Hoje, a gente já tem uma questão, uma ordem direta da DVS que diz assim “não burocratizar”. Então, isso é ótimo, maravilhoso, perfeito, então a gente não burocratiza, a pessoa pode se vacinar e até fazer a troca com que ela quiser, só que antes, lá no início da vacinação, não tinha isso. Então, a gente tinha que orientar que hoje para Coronavac não pode porque a gente está deixando para segunda dose. Aí nem sempre a população entendia de bom grado (ENF Leônidas - MAR/22).

A magnitude da campanha expôs os profissionais da APS a situações adversas, inclusive, em que usuários tentaram corromper o processo de vacinação. Alguns indivíduos tentaram fraudar o sistema de vacinação, oferecendo dinheiro para obter certificados de vacinação sem realmente receber a dose, conforme relatado por um enfermeiro da AP 2.2 que também atua como responsável técnico do CMS onde

está lotado. Esse comportamento antiético ressaltou a necessidade de vigilância e integridade no processo de vacinação.

[...] teve caso da pessoa, que passava na escriba, que a gente chama antes, fazia o comprovante ali, depois ia do lado para se vacinar, isso colado, estou falando de 2 metros de distância, e a pessoa quer fugir da fila com o comprovante pronto para poder dizer que se vacinou. Tive casos desses. Tive caso de pessoas que ofereceram dinheiro para técnica de enfermagem para não aplicar a vacina, fingir que aplicou para ele poder levar só o comprovante dizendo que se vacinou, sendo que não tomou a vacina de verdade (ENF Leônidas - MAR/22).

A insistência dos pacientes em escolher a vacina criou caos e bloqueios nas filas de vacinação, comprometendo o fluxo dos locais. Uma enfermeira da AP 2.1 relatou que a recusa em tomar a Coronavac, em particular, levou a esperas e desperdício de tempo, complicando a logística e a eficiência da campanha de vacinação.

Tinha gente que ficava bloqueando a fila porque queria saber qual era a próxima vacina. Ficava escolhendo, criava um caos. Eu vou abrir a caixa e vou saber qual que é. Porque senão... aí ninguém queria aquela vacina e ia esperar a próxima, principalmente quando era Coronavac. As pessoas tinham muita recusa contra Coronavac. Aí mesmo que tinha povo esperando para outra fila, só que o imunizante era bem reduzido no início, não dava para ficar desperdiçando vacina (ENF Bruna Campos - OUT/23).

5.2.7.2 Desconfiança das vacinas

Houve inúmeros momentos relatados pelos profissionais que foram interpretados como sentimento de desconfiança das vacinas pela população. Repercussões e exposições em redes sociais com disseminação exponencial determinou que o processo de imunização fosse descrito de forma minuciosa em cada etapa. Foi observada uma mudança de postura de parcela da população que para receber o imunizante faziam questão de registro imediato da aplicação e da presença de testemunhas. Segundo os profissionais de saúde da APS carioca isso trouxe impacto no tempo gasto para o procedimento. Os pacientes frequentemente queriam verificar cada etapa do procedimento de vacinação, desde a abertura do frasco até a administração da dose. Os profissionais de saúde tiveram que responder repetidamente às mesmas perguntas, causando desgaste e estresse. Essa desconfiança, alimentada pela mídia, prolongava o tempo de vacinação e exigia paciência dos profissionais de saúde.

A organização por idade e prioridades, apesar de necessária, gerou momentos de tensão e conflitos também nos pontos de vacinação.

Ao passar dos dias, pelo fato de muita gente se vacinar, de ter feito essa organização por idade, pelas prioridades, eu sentia momentos de tensão e de conflitos que também aconteciam ali. Até porque muitas dúvidas, muitas perguntas, muitos questionamentos. Olhar atento. [...] Mas os profissionais ficavam até tensos, eu acho, na hora de acertar a vacina, porque você tinha que falar tudo com muita cautela e era aquela mesma fala que repetia por muitas vezes, eram muitas doses aplicadas (MFC Amanda Barbosa - DEZ/22).

O procedimento da vacinação ele é todo realizado na frente do paciente. Desde a abertura da seringa até abertura do frasco, até deixar o frasco ali em frente e aí assim que a vacina é aspirada na quantidade certa ou 0,3 a PFIZER ou 0,5 das ASTRAZENECA isso é mostrado para o paciente antes da aplicação. Então isso não tem gerado tanta dúvida, mas a gente vê pessoas com desconfiança. Pessoas que fazem questão de filmar, pessoas que querem ficar tirando foto, um paciente que venha com 3 ou 4 pessoas para 3 ou 4 fazerem filmagem em ângulos diferentes para ver se não tem nada, que a gente vai roubar. Se não vai trocar por um uma seringa vazia enfim, acontece muito. E aí tem pacientes que querem levar o frasco, que quer levar a seringa vazia, porque acha que vai aproveitar a seringa. Então, tem de tudo (ENF Caroline Teixeira - MAI/21).

Uma enfermeira da AP 2.2 descreve o desgaste causado pela desconfiança dos pacientes. As redes sociais desempenharam um papel significativo em amplificar as dúvidas sobre os imunizantes levando a necessidade de maior rigor na vacinação. Os usuários costumavam filmar o procedimento, questionar a autenticidade das doses e verificar de forma minuciosa os detalhes (incluindo os rótulos dos frascos). Os dias nas salas de vacina eram desafiadores a todos.

E, outra coisa que acaba sendo um desgaste em relação a vacinação é o que acabou acontecendo, assim, nas redes sociais, em alguns locais de pessoas que não se vacinaram. Então, assim, a gente tá o tempo todo sendo filmado, em cada vacina que a gente faz. E de ter aquela rigorosidade, de mostrar tudo, de escutar a pessoa falando que não tá vendo o líquido, que não sabe se você fez, mesmo ela tendo filmado, mesmo tendo acompanhado o procedimento. Então, a gente tem passado por muito disso, de pessoas que estão ali, mas estão às vezes desacreditadas que aquilo vai acontecer. Então, as pessoas querem pegar no frasco e não pode pegar no frasco, porque o frasco tem mais de uma dose. Querem pegar a agulha, querem levar agulha para casa, seringa usada. Enfim, o pessoal tem várias atitudes. Do mesmo jeito que tem pessoas que vem tranquilo, vacinam e vão embora. Mas a gente tem uma população que tá desconfiada, com

razão também, mas elas acabam demandando muito de quem está ali. (ENF Caroline Teixeira - MAI/21).

Acho que a maioria tem essa relação de desconfiança mesmo que seja mínima, mas eu acho que isso aconteceu muito pelas coisas que apareceram na mídia, na internet então isso gerou uma desconfiança muito grande da população. Então, as pessoas querem de fato acompanhar todo o procedimento. Certificar, elas querem ler o que tá escrito no frasco que é COVID, elas querem ver o laboratório, elas querem conferir lote. Então acho que isso tudo acaba sendo desconfiança de que em algum momento. Eu já participo de campanhas há mais ou menos quatro anos e nunca foi assim. Nunca teve de querer conferir validade. De achar que em algum momento a gente tá fazendo uma vacina que tá fora da validade, sendo que a vacina acaba antes mesmo de vencer. Nem dá tempo. Mas as pessoas querem conferir, a gente respeita, mostra. Mas acaba sendo um procedimento desgastante. A gente demora um tempo muito maior do que o habitual para fazer uma vacina, por isso (ENF Caroline Teixeira - MAI/21).

A fala do Presidente da República publicada nacionalmente sobre "virar jacaré" referindo-se aos termos do contrato da vacina Pfizer induziu a muitos para que não recebessem o imunizante, afetou a confiança na Coronavac. Embora a maioria das pessoas aceitasse a vacina, uma parcela significativa estava cética, influenciada por declarações públicas e desinformação, o que aumentava a dificuldade dos profissionais de saúde. Por outro lado, eventos traumáticos, como a perda de familiares, influenciaram a percepção e aceitação da vacinação. Muitos pacientes se emocionavam ao se vacinar, lembrando de entes queridos que não tiveram a chance de se imunizar.

A maioria que a gente atende tá confiante assim. Mas vem pessoas desacreditadas com a vacina até pelo... No início, muito mais, com a Coronavac. Tinham muitas pessoas que tinham a fala do Presidente de "virar jacaré". Então a gente tinha muito isso de pessoas que tavam ali: "Ah eu vim tomar, mas não vai resolver". Mas eu acredito que 80% da população, a gente pega muitas pessoas que se emocionam, que no momento da vacina lembra um familiar que perdeu, porque não deu tempo de tomar vacina (ENF Caroline Teixeira - MAI/21).

Uma ACS da AP 2.2 observou que, apesar da ampla disponibilidade de informações sobre a vacinação, mitos e inverdades levaram algumas pessoas a recusar a vacina. A crença de que a vacina poderia ser fatal era alarmante, exigindo esforços contínuos para combater a desinformação.

A questão de recusa, de falar que não iria tomar, que poderia matar, então isso chamou bastante a atenção, mesmo com tanto conhecimento, com tanta informação que a gente tem hoje sobre a vacinação, essas coisas eram alarmantes (ACS Thais Almeida - MAI/23 Almeida - MAI/23).

Uma ACS da AP 3.3 relatou que afiliações políticas também afetaram a dinâmica nas filas de vacinação. Pessoas usando camisetas de partidos opostos discutiam sobre a vacinação, com algumas relutantes em tomar a vacina devido às suas crenças políticas. A introdução da Janssen como uma dose única também gerou discussões e preferências específicas. Outro ponto narrado pela mesma ACS foi de que as preferências dos pacientes mudavam conforme surgiam novas vacinas e boatos. Inicialmente, a Coronavac era bem aceita, mas boatos sobre a AstraZeneca causarem trombose fizeram com que muitos pacientes mudassem para a Coronavac novamente, criando um ciclo de preferências e recusas.

No início, as pessoas começaram a tomar a CoronaVac, começaram a tomar ela de boa, até porque foi a primeira a ser lançada, ela já estava um pouco mais à frente das outras. Logo, em seguida, começaram a falar da Jansen. Começaram a falar dela, que ela era a dose dupla e ela era melhor, porque quem tomasse aquilo ali estava com a imunidade bem em cima e aí já tinha essa questão que você também poderia escolher entre uma e outra que você queria tomar e aí algumas pessoas chegavam aqui com a blusa, de candidatos, de candidatos que eram partidos opostos, um que era a favor da vacina e o outro que era contra. E eles arrumavam burburinhos mesmo na fila, falando da vacina, falando da imunização, uns que vinham completamente contrariados, só vinham porque os filhos traziam, porque eles mesmo não queriam tomar a vacina. Eles eram completamente contra a vacina (ACS Daiane - JAN/24).

As pessoas ficavam, sim, bem arredias mesmo. Umas só queriam um tipo de vacina, outras queriam só a outra. E aí, logo depois, apareceu uma terceira em que as pessoas também ficaram, acabaram deixando a CoronaVac de lado e foram procurando outras vacinas. E aí foram surgindo outras. E aí depois começou a surgir boatos de que algumas vacinas causavam trombose e as pessoas começaram a ficar muito apreensivas em questão disso, e aí voltaram a procurar a CoronaVac, então ficou bem nesse jogo mesmo de cada um chegava e era aquela briga (ACS Daiane - JAN/24).

A desconfiança das vacinas foi notada também entre as pessoas que não completaram o esquema vacinal com as doses e intervalos recomendados pelo Ministério da Saúde. Muitas pessoas atrasaram a tomada das doses subsequentes devido a eventos traumáticos, como a morte de familiares. Mesmo em maio de 2023,

havia indivíduos retornando para tomar a segunda ou terceira dose segundo relato de uma ACS da AP 2.1.

A gente percebeu também, de pessoas que só tinham tomado uma dose da vacina, voltava lá, depois, enfim, já era para ter tomado a quarta, só tinha uma vacina e ficou receoso com algum familiar próximo que faleceu, entendeu? Então, assim, até hoje, até hoje [MAIO 2023], tem gente indo tomar a segunda, terceira dose (ACS Letícia - MAI/23).

Outro ponto de desconfiança é sobre a sua eficácia em proteção quanto a novas infecções pela covid-19, até mesmo, por profissionais de saúde. Uma enfermeira da AP 2.2 relatou que a experiência de contrair covid-19 mesmo após a vacinação gerava dúvidas e receios entre os pacientes. O medo de adoecer novamente, especialmente em ambientes públicos, levou muitos a hesitar em completar o esquema vacinal. A desconfiança esteve presente entre os profissionais de saúde também. Uma enfermeira da AP 2.1, descreveu seu receio inicial em tomar a vacina devido ao curto período de desenvolvimento. Embora tivesse confiança na Coronavac, ela inicialmente hesitou, mas acabou recebendo a dose AstraZeneca após ganhar coragem.

Justamente porque tenho experiência de pessoas que já fizeram as duas doses e tiveram COVID depois. Acaba gerando uma certa dúvida, mas assim, mais um sentido também de tá no local que é público, atender muitas pessoas e poder tá doente, tá ali e contaminando as outras pessoas. E aí eu confesso que eu tenho esse medo de poder pegar de novo, até porque a gente atende muita gente (ENF Caroline Teixeira - MAI/21).

No primeiro dia que eu fui, dia 20, eu não fui vacinada. Porque eu estava com um pouco de receio da vacina. Porque, apesar de ser da área de saúde e tudo, a vacina que tinha sido com menos tempo de estudo, era uma vacina com quatro anos de pesquisa. E essa foi feita com pouco menos de um ano. Então, não me dava tanta segurança para vacinar, tomar. E aí, foi a Coronavac, aí era a vacina mais segura, mas com menos eficácia. Eu não tomei essa. Aí eu tomei uma semana depois, a vacina que eu tomei. Aí eu tomei mais coragem, aí eu tomei a vacina [AstraZeneca] (ENF Bruna Campos - OUT/23).

5.2.7.3 Conflitos na vacinação (inclui resistência)

Todo o processo da campanha de vacinação contra a covid-19 foi permeado por inúmeros conflitos das mais diferentes origens. Desde o questionamento sobre o

tipo de imunizante, a validade dos frascos, chegando até o profissionalismo dos profissionais da linha de frente da imunização, passando pela indagação quanto aos critérios adotados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Fica evidente alguns dos desafios enfrentados na linha de frente da saúde pública. A seguir, profissionais narram os principais aspectos que delinearão esses conflitos.

Um MFC da AP 3.3 destaca a fase da campanha de vacinação em que o critério para receber o imunizante era a partir das comorbidades (escalonado por faixa etária). Para garantir que as orientações da SMS-RJ fossem cumpridas, as unidades possuíam uma triagem para avaliar os comprovantes dos diagnósticos prioritários para a vacina. Tais regras nem sempre eram de fácil compreensão pela população leiga o que motivou embates nas unidades. Definir quem tinha prioridade com base na gravidade das condições médicas levou a discussões acaloradas.

Em alguns momentos, a falta de vacinas causou grande frustração na população. Profissionais de saúde tiveram que lidar com pessoas que esperavam por horas e culpavam os trabalhadores pela indisponibilidade. Por outro lado, as regras rígidas sobre quem podia receber a vacina em determinados momentos também causaram conflitos. Pacientes não entendiam por que não podiam ser vacinados fora do seu município ou por que precisavam esperar a segunda dose

A vacinação por comorbidades. Enlouquecedor. Agora [outubro 2021] que a gente tá chegando, tipo assim, no final da primeira dose da campanha, acho que a coisa até tá um pouco mais assim, tá tranquilizando um pouco (MFC Átila - OUT/21).

Até que tem um momento [abril/maio 2021] na campanha que começa a chegar nas pessoas que tinham comorbidades. E aí, foi um momento novamente muito difícil, porque a gente passou a ter que regular quem tinha que tomar vacina de acordo com a comorbidade e a gravidade. Então, aí chegava um paciente hipertenso leve querendo tomar vacina e a gente dizendo para ele que não, que ainda não era a vez dele, que ele era hipertenso leve, e ele brigava, porque ele achava que era direito, porque não tá claro qual era o critério, aí era o critério de hipertensão grave, aí ele fala “mas se eu não tomar o remédio a minha pressão fica grave”. Aí a gente tem que tentar discutir, enfim, conversar com paciente, foi uma fase muito difícil. Quando os critérios não são muito claros, não são muito comunicáveis assim com a comunidade, isso deixa o profissional exposto na linha de frente, porque a gente fica seguindo uma regra, que tá lá posta para gente, que a gente até compreende bem, mas o paciente não (MFC Marcio - OUT/21).

Em outra etapa da campanha, foram consideradas as profissões. Nesse momento, houve confusão sobre quem era considerado profissional de saúde versus

trabalhador da saúde. Recepcionistas e cozinheiros de hospitais questionavam por que não tinham a mesma prioridade que médicos e enfermeiros, resultando em frequentes confrontos.

[...] por exemplo, essa distinção entre o que é profissional de saúde, o que é trabalhador da saúde. Era o tipo de coisa que acontecia, chegar uma recepcionista, por exemplo, de um hospital, aí ela é trabalhadora de saúde ou ela é profissional de saúde? A cozinheira do hospital é trabalhadora de saúde ou profissional? Daí, trabalhador era uma regra, era uma idade, profissional era outra regra, outra idade [...] todo dia era uma briga, eu acho que isso desgastou bastante a gente, já foi uma fase assim de maior desgaste tanto do ponto de vista dos atendimentos de covid quanto das orientações da vacina também (MFC Marcio - OUT/21).

A falta de clareza nos critérios e as constantes mudanças nas normas de vacinação geraram frustração tanto nos profissionais quanto na população. A falta de uma comunicação eficiente fez com que muitas pessoas não entendessem ou aceitassem as regras, levando a reclamações e ameaças de processos.

No início foi muito difícil, porque a gente tinha que negar vacinação para profissional de saúde. E aí eles não aceitavam, mas a gente não tinha outra opção. Então cada profissional de saúde ia receber a vacina na sua unidade. E não recebiam. E aí, eles estavam ali cobrando, reivindicando, xingando, chamando a polícia. Fazendo... como é que chama gente? B.O., porque não tinham acesso a vacina como se fosse algo da nossa governabilidade de decidir quem toma e quem não toma (ENF Caroline Teixeira - MAI/21).

Da vacina, é o problema da idade. O usuário que às vezes não está no momento para fazer a vacina. O usuário que não entende que se ele tem uma síndrome gripal ele não pode fazer a vacina nesse dia. Você faz uma anamnese. Você pergunta e às vezes ele omite. [...] Como ele chega querendo escolher! E orientar as reações adversas que ele retorne para unidade para notificar isso também. Foi muito difícil até entrar na cabeça das pessoas. Muitas pessoas "ah, porque eu tenho trombose, não posso fazer essa só posso fazer aquela" (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

As brigas na vacina. Essa situação da vacina de vento... Nossa senhora! Como a gente escuta! "Tem vacina aí mesmo?" "Como é que é?" Nossa mãe! E isso é o pior. A gente "senhor, tá aqui", aí aspira, aí mostra, aí fala qual é a vacina com toda destreza, toda bem... mas tem gente que não escuta. As pessoas querem tirar foto, a sala da vacina aglomerada, cheia, não pode ficar muito cheio. [...] Aí você fala com a pessoa que não está observando, não tá prestando atenção no que você tá falando e acaba tudo, aí a pessoa pergunta: "Que vacina que eu fiz?", "O que você fez?", "O que você me deu?". Porque não prestou atenção no que você tava falando naquela orientação. É complicado. Mas estamos na luta!" (ENF Maria Aparecida - JUN/21).

Eu acho que o estresse começou a ser com os 60 e pouquinho. No meio disso, os critérios foram mudando. Era fator idade, aí depois comorbidade, e aí eles mudavam de novo e a gente ficou nesse indo e vindo novamente e muitas vezes a população não compreendia (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

No começo era bem restrito, tinha que ser feito na idade certa, quem fez a primeira dose, a segunda dose não podia ser feita noutro lugar do município do Rio por um determinado tempo. A gente tinha que seguir as regras. As pessoas falavam que a gente estava querendo matar elas, que a gente estava negando vacina. Aí queriam chamar a polícia. E cada hora mudava a vacina, as normas da vacina mudavam, e a população culpava sempre quem estava lá na frente (ENF Bruna Campos - OUT/23).

Muitos indivíduos queriam escolher qual vacina tomar, recusando-se a receber a disponível. Esse comportamento resultou em brigas e até ameaças aos profissionais de saúde. A preocupação com reações adversas, como trombose, fez com que as pessoas mudassem suas preferências de vacina ao longo do tempo. A desconfiança nas vacinas foi exacerbada pela desinformação. Pacientes exigiam ver os frascos e conferiam os lotes e a validade, acreditando que poderiam receber vacinas fora da validade.

[...] no Jóquei, é, porque eles abriram lá um polo de vacinação, lá sim, lá as pessoas queriam escolher, se não tivesse, "não vou tomar, queria saber onde tem". Agora, assim, na Rocinha não teve tanta implicância com as vacinas, não. Agora Jóquei, eu digo assim, zona sul, teve muita briga, teve gente que chamou polícia, queria agredir, foi bem complicado. [...] quando a gente escrevia lá qual era a vacina que lia, "ah, não, não quero essa". "Ah, então, só tem essa". Às vezes eles rasgavam papel e jogavam assim em cima de você, ou queria arrumar confusão, aí chamava o responsável do PV e que queria aquela tal vacina, e falava que a gente estava negando vacina, só que não tinha realmente aquela vacina ali, entendeu, que ele queria tomar. Enfim, foi estressante, mas não estou generalizando, como eu falei, mas assim, teve uma parte muito, muito chata por isso da gente ser maltratada (ACS Leticia).

Foi sobre o estresse que a gente tinha em relação a, embora, seja um procedimento que a gente tem que fazer, mas fica assim toda hora você tem que pegar, você tem que mostrar o lote, você tem que mostrar a dose que você tá aplicando. Porque teve a questão com as notícias de que teve gente que estava aplicando ar, e não vacina, então a gente teve até profissional que foi filmada em vídeo, profissional da Unidade. [...] é uma coisa muito chata de toda hora, você tem que mostrar. Quando a gente administra a Pfizer, por exemplo, uma dose pequenininha, 0,3ml, toda hora, você tem que ficar puxando para mostrar, a pessoa falar que não tá vendo, ou então a gente sabe que fica sempre um pinguinho ali no canhãozinho da

agulha, a pessoa falar que aquele restinho não entrou e deveria ter entrado. Esse desgaste era muito grande (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

A propagação de informações falsas e boatos nas redes sociais alimentou a desconfiança em relação às vacinas. A ideia da "vacina de vento", onde as pessoas acreditavam que estavam recebendo apenas ar, exemplifica esse problema. Isso resultou em uma necessidade de comprovações detalhadas e um aumento nas filmagens dos procedimentos.

Outro ponto de conflito foram os desabastecimentos pontuais que colocaram a equipe da APS em evidência como causadores daquela falta de insumo.

Foi raro isso acontecer, mas acontecia em alguns momentos, da gente ficar sem vacina na Unidade, sem estoque. E aí também era um problema, porque aí a gente ficava com as pessoas dentro da unidade, esperando chegar a vacina, sem previsão, se ia chegar amanhã e aí as pessoas começam a ficar incomodadas. [...] A população nem sempre entendia. Acha que a culpa é nossa, acha que a gente tá escondendo a vacina, que a gente tá querendo dar vacina aos nossos familiares (MFC Marcio - OUT/21).

Porque teve um momento que parou o fornecimento da vacina. E voltou. E o povo ficava desesperado. "Eu quero vacinar e tá acabando", assim foi bastante desgastante no sentido de lidar com o público e ter que explicar que não era você que estava criando as regras, existe alguém superior que cria e a gente tem que seguir. [...] tinha um desgaste às vezes até com ofensas da população para a gente com palavras de baixo calão, enfim, porque a gente não podia vacinar, porque ela não estava naquele critério (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

Houve conflitos gerados por usuários que tentaram se utilizar de posição social, profissão ou cargo ocupado para obter benefícios. Profissionais de saúde enfrentaram agressões verbais e ameaças, especialmente quando as vacinas não estavam disponíveis ou as regras mudavam frequentemente. A frustração dos pacientes era muitas vezes direcionada aos profissionais na linha de frente. Tentativas de suborno e uso de influência para receber a vacina fora da vez foram relatadas também.

Tinham as pessoas que queriam dar carteirada para tomar a vacina. Tinham as pessoas que precisavam tomar a vacina e se recusavam a tomar, inclusive tem até hoje (ENF Debora - DEZ/21).

E as pessoas vinham perguntando "com quem que eu tô falando?" "quem é você?" Ameaçando questão de processar, e aí no final ela saiu xingando, ofendendo mesmo eu e a outra profissional, com palavras pesadas assim, de baixo calão mesmo. E revoltadíssima,

falando que iria processar (ENF Bruna Saldanha - OUT/22).

Desde as pessoas quererem subornar a gente pra poder conseguir a vacina fora da época, até a polícia, que baixou lá, que a gente levou uma carteirada (ACS Raquel - MAI/23).

Acho que as pessoas que têm um poder aquisitivo maior, elas acham que elas podem tudo. Chega lá, "sabe quem eu sou?" Já começa a querer se impor. "Ah, eu vou ligar pro Secretário, eu vou ligar", entendeu? Então, é mais, eu acho que é sobre o poder aquisitivo, de chegar lá, "ó, você sabe quem eu sou?" "Eu quero tomar tal vacina, entendeu?" Então, já teve algumas pessoas que chamaram a polícia, porque falavam que [os profissionais] não queriam dar a vacina e, às vezes, nem tinha vacina lá. [...] na Rocinha, eu não vi nenhum caso da pessoa querer ou escolher ou querer arrumar algum tipo de briga por conta de não ter aquela vacina que ela quer tomar (ACS Leticia).

Teve de um tudo. Usuário que fugiu com o comprovante de vacina e depois a gente teve que fazer a busca ativa para dizer que ele não estava vacinado de fato (ENF Leônidas - MAR/22).

um senhor que veio, ele se auto-intitulava médico, falava que ele era médico do CTI de covid lá em um hospital de Acari e tal. Ele sentou na cadeira e falou: "ah, finge que aplica aí." E eu pensei, "será que eu estou ouvindo direito?" "Finge que aplica" Aí eu falei, "O senhor pode repetir, por favor?" "Ah, é porque eu sou médico lá no hospital de Acari, eu trabalho num CTI com pacientes de covid, eu nunca peguei covid na vida. Isso é uma mentira da mídia, eu preciso da vacina porque eu preciso viajar para o país tal. Finge que aplica, você finge que aplica, eu finjo que tomei, a gente finge que acredita nessa palhaçada, e eu vou embora e tá tudo bem". Aí eu fiquei uns dois segundos sem acreditar no que eu tava ouvindo, e eu falei: "O senhor pode levantar da cadeira, a dose vai ser retirada da sua caderneta de vacinação, se o senhor se recusa a tomar, a gente não vai realizar administração, porque a gente não finge que imuniza, a gente não finge que trabalha". Eu sei que no final das contas, ele tomou a vacina muito a contragosto e foi embora. E essa foi uma das situações que me vem sempre à memória, de uma situação não boa com relação à vacinação (ENF Kátia Brito - OUT/23).

Em algumas unidades, caso ocorresse de sobrar doses em um frasco que não poderia ser armazenado até o próximo dia de expediente, essas doses remanescentes eram ofertadas. No Rio de Janeiro, a situação ficou conhecida com a expressão "xepa da vacina", e também foi motivo de aglomerações, aumentando o estresse dos profissionais responsáveis.

A famosa xepa. Mas isso era muito, isso era muito desgastante. Porque a população ia buscar lá em peso, em muita quantidade. E já chegavam de manhã perguntando pela sobra de vacinas no final do dia. Nossa você... não gosto nem de lembrar, porque às vezes ficava assim: 30, 40 pessoas aguardando. A gente ia lá, conversava, explicava e falava "Não vou ter mais do que oito não, não vou ter mais do que nove, então não adianta ficar aqui. Você está se expondo, está

em uma aglomeração aqui, praticamente”. [...] Nossa, era terrível, assim... Essa fase foi muito ruim (ENF Leônidas - MAR/22).

Os conflitos na campanha de vacinação contra a covid-19 destacam a complexidade de administrar uma vacinação em massa em meio a uma pandemia. A clareza na comunicação, a consistência nas regras, e o suporte aos profissionais de saúde são cruciais para mitigar esses conflitos. Aprender com essas experiências pode ajudar a melhorar a gestão de futuras campanhas de vacinação, garantindo um processo mais harmonioso e eficaz para todos os envolvidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A narrativa em saúde é considerada estratégia metodológico-conceitual para investigar e interpretar incontáveis temas, assim como ser espaço de mediação entre as experiências dos sujeitos, seus diferentes contextos e os discursos que os produzem. Assim, surge como o método mais apropriado para tentar entender a experiência profissional frente a Pandemia Covid-19.

As narrativas apresentadas nesta presente dissertação destacaram a complexidade e a diversidade das experiências assim como a gravidade dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde da APS carioca durante a Pandemia Covid-19. Desde a organização inicial para lidar com o desconhecido até a implementação de treinamentos emergenciais e a adaptação a recursos limitados, os profissionais mostraram uma resiliência notável. As expectativas de um futuro mais manejável com a vacinação em larga escala até as adversidades diárias por conta da percepção pública, são histórias que refletem a adaptabilidade dos trabalhadores da saúde.

O fato das entrevistas terem sido realizadas em um período extenso, entre os anos de 2020 e 2024, contemplou as mais diferentes fases da pandemia. Destaco como característica positiva no processo de construção desta pesquisa, uma vez que foi possível observar temas que talvez não estivessem presentes, caso o recorte temporal tivesse sido outro, como por exemplo apenas no primeiro ano da pandemia. Esse período maior traz a dimensão do registro da memória e por tal, reforça a importância das narrativas em saúde.

Outro importante ponto de realce é a participação de três categorias profissionais distintas que, embora tenham como cenário de atuação a APS, cada uma trouxe olhares e vivências próprias, refletidas inclusive, nas dificuldades em se obter as entrevistas ao longo do processo da pesquisa. O grupo de pesquisados que representou maior desafio para obtenção do material para análise foi o de agentes comunitários de saúde, por conta de diversos motivos tais como: menor acesso a conexão de internet de boa qualidade e aparelhos que viabilizassem a gravação, desconhecimento sobre pesquisas científicas, medo da exposição dado os vínculos empregatícios mais frágeis

Os impactos emocionais e psicológicos, a desorganização dos cuidados contínuos e a necessidade de ações de suporte social no território salientam as muitas facetas dessa crise sanitária sem precedentes. Foram referidos o medo do contágio,

a preocupação pela interrupção do processo de cuidado dos territórios e a fragilidade e exposição durante o processo de vacinação. A experiência desses profissionais destaca a importância de uma preparação regular, com direcionamento pela esfera federal baseada em preceitos técnico-científicos, e do desencorajamento à propagação de informações falsas.

Dentre os desafios da adequação dos processos de trabalho identificados alguns foram: a comunicação entre os diferentes níveis de gestão e as unidades básicas de saúde; a proibição de encontros presenciais e a busca por alternativas para manter a comunicação; as alterações frequentes dos protocolos por parte do Ministério da Saúde uma vez que o intervalo de tempo entre uma publicação e as sequenciais atualizações era muito curto. Houve dificuldade em se disseminar a informação e garantir que todos os profissionais estivessem cientes e apropriados das orientações mais atualizadas.

De forma curiosa, entre os 27 entrevistados, apenas uma médica fez referência a síndrome pós-covid ou covid longo, mesmo nas entrevistas de 2024, apesar de ser um assunto já amplamente estudado e publicado. A experiência em relação ao cuidado da população em situação de rua também foi narrada apenas por uma das enfermeiras, porque apenas ela atuava no Consultório na Rua dentro do grupo dos entrevistados. Alguns profissionais que também possuem o cargo de responsáveis técnicos de suas unidades compartilharam questões do ponto de vista da gestão local. Os temas vacinação, testagem e efeitos da pandemia no território foram os que mais receberam compartilhamento de experiências.

Garantir meios dignos para que a APS possa continuar a oferecer cuidados de qualidade, mesmo em face de desafios não antes vivenciados, significa proteger a saúde da população. Isso inclui valorização profissional, redimensionamento de equipes, maior aporte de insumos e recursos humanos e, sobretudo, reavaliação da lógica produtivista em nome de indicadores quantitativos que se distanciou do verdadeiro objetivo que é o cuidado em saúde de qualidade do território. Ao fortalecer a APS, cria-se parte da infraestrutura capaz de combater epidemias e profissionais de saúde melhor preparados para monitorar os padrões de doenças e capazes de alertar ao mundo possíveis novos surtos (86). Há necessidade imperativa de colocar a APS na agenda dos Estados, defendendo seu protagonismo, valorizando-a e fortalecendo o SUS.

REFERÊNCIAS

- 1 GARCIA, Vera Lucia ; NAVARRO DE SOUZA, Alicia . A narrativa e a pesquisa qualitativa. In: Raimunda Magalhães da Silva; Indara Cavalcante Bezerra; Christina Cesar Praça Brasil; Escolástica Rejane Ferreira Moura (Org.). **Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. 1aed.Sobral: UVA, 2018, v. , p. 199-210.
- 2 DIPEX International. Página inicial. Disponível em: <https://dipexinternational.org/>. Acesso em: 06 jun. 2024.
- 3 NARRATIVA. In: **Michaelis**: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, c2024. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=narrativa>).
- 4 ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Saúde Pública** , [S.L.], v. 42, n. 6, p. 1090-1096, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102008000600016>.
- 5 CECCON, R. F. *et al.* **Narrativas em Saúde Coletiva**: memória, método e discurso. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2022.
- 6 CHARON, R. Narrative and Medicine. **New England Journal of Medicine**, New England, v. 350, n. 9, p. 862-864, 2004.
- 7 GREENHALGH, T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? **BMJ**. 1999 Jan 2;318(7175):48-50. doi: 10.1136/bmj.318.7175.48.
- 8 BURY., M. Illness narrative: fact or fiction?, **Sociology of Health & Illness**, v. 23, n. 3, p. 263-285, 2001.
- 9 FAVORETO, C.A.O. & CAMARGO Jr. K.R. Narrative as a tool for the development of clinical practice. **Interface**. v.15, n.37, p.473-83, 2011.
- 10 CASTELLANOS, M. E. P.. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065–1076, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.1205201>. Acesso em: 6 jun. 2024.
- 11 DAMASCENO, N. F. P. *et al.* A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 22, n. 64, p. 133-140, 3 jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0815>. Acesso em: 6 jun. 2024.
- 12 RIOS, A. F. M.; LIRA, L.S.S.P.; REIS, I.M.; SILVA, G.A. Atenção primária à saúde frente à COVID-19 em um centro de saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. spel, p. 246-251. Nov 2020. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/atencao-primariaa-saude-frente-a-covid-19-em-um-centro-de-saude/>
- 13 MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

14 YI, Y.; LAGNITON, P. N. P.; YE, S.; LI, E.; XU, R-H. Covid-19: what has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. **International Journal Of Biological Sciences**, [S.L.], v. 16, n. 10, p. 1753-1766, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.7150/ijbs.45134>.

15 WUHAN seafood market pneumonia virus isolate Wuhan-Hu-1, complete genome. GenBank accession no. MN908947.2. **National Library of Medicine**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/MN908947.2> Acesso em 19 de abril de 2020.

16 ROTHAN, H. A.; BYRAREDDY, S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **Journal Of Autoimmunity**, [S.L.], v. 109, p. 102433, maio 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>.

17 WORLD Health Organization. Situation Report 51: Coronavirus disease 2019. **World Health Organization**, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/situation-report---51>. Acesso em: 6 nov. 2020.

18 MATHIEU, E. *et al.* **Coronavirus (COVID-19) Cases**. Disponível em: <https://ourworldindata.org/COVID-cases#>. Acesso em: 6 jun. 2024.

19 MINISTÉRIO da Saúde do Brasil. **Portal Coronavírus Brasil**. Página inicial. Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>. Acesso em: 5 jun. 2024.

20 SECRETÁRIA Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Painel Rio COVID-19**. Página Inicial. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>. Acesso em: 6 nov. 2020.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim COE – COVID-19. Versão 13. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/COVID-19/2021/boletim-epidemiologico-COVID-19-no-13.pdf/view>. Acesso em: 24 de abril de 2020.

22 EPIRIO. Painel Rio COVID-19. Disponível em: <https://epirio.svs.rio.br/painel/painel-rio-COVID-19/>. Acesso em: 6 jun. 2024.

23 WORLD Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. **World Health Organization**, 9 jul. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>. Acesso em: 22 ago. 2020.

24 MINISTÉRIO DA SAÚDE. COVID-19 no Brasil. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 6 jun. 2024.

25 MINISTÉRIO da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019: Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19**. Ministério da Saúde, Brasília, ago. 2020. Disponível em:

https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes finais-2.pdf Acesso em: 22/08/2020.

26 RIOS, A. F. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde frente à COVID 19: Relato de experiência de um Centro de Saúde. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 1 Esp, ago. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3666/836>. Acesso em: 24 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1 Esp.3666>.

27 BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID 19**. Versão 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/13/Diretrizes-COVID-13-4.pdf>. Acesso em: 21 de abril de 2020.

28 LAKE, M. A. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. **Clinical Medicine**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 124-127, mar. 2020. Elsevier BV. DOI: 10.7861/clinmed.2019-coron.

29 CIACCIO, M.; AGNELLO, L. Biochemical biomarkers alterations in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **Diagnosis**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 365-372, 24 jun. 2020. Walter de Gruyter GmbH. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32589600/>. Acesso em: 6 jun. 2024.

30 ARVIN, A. M. *et al.* A perspective on potential antibody-dependent enhancement of SARS-CoV-2. **Nature**, [S.L.], v. 584, n. 7821, p. 353-363, 13 jul. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32659783/>. Acesso em: 6 jun. 2024.

31 BRAQUEHAIS, M. D.; VARGAS-CÁCERES, S.; GÓMEZ-DURÁN, E.; NIEVA, G.; VALERO, S.; CASAS, M.; BRUGUERA, E. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **QJM: An International Journal of Medicine**, [S.L.], v. 113, n. 9, p. 613-617, 1 jul. 2020. Oxford University Press (OUP). DOI: 10.1093/qjmed/hcaa207.

32 Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. Ano XLVI, número 202, parte I. **Nota Técnica de 15 de outubro de 2020 ampliação da testagem de Biologia Molecular RT-PCR para a detecção do RNA do Coronavírus (SARS-CoV-2)**. Pagina 11. 03 nov 2020.

33 SALVANI, C.; DOLCI, G.; MASSARI, M. *et al.* Effect of Tocilizumab vs Standard Care on Clinical Worsening in Patients Hospitalized With COVID-19 Pneumonia: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Intern Med**, [S.L.], v. 181, n. 1, p. 24, 1 jan. 2021. American Medical Association (AMA). DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.6615.

34 SANDERS, J. M.; MONOGUE, M. L.; JODLOWSKI, T. Z.; CUTRELL, J. B. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review [published *online* ahead of print, 2020 Apr 13]. **JAMA**, 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.6019

35 WHO rapid evidence appraisal for COVID-19 therapies (REACT) working group *et al.* Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality

Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. **JAMA**, set. 2020.

36 PRESCOTT, H. C.; RICE, T. W. Corticosteroids in COVID-19 ARDS: Evidence and Hope During the Pandemic. **JAMA**, 2 set. 2020.

37 STAUFFER, W. M.; ALPERN, J. D.; WALKER, P. F. COVID-19 and Dexamethasone: A Potential Strategy to Avoid Steroid-Related Strongyloides Hyperinfection. **JAMA**, v. 324, n. 7, p. 623, 18 ago. 2020.

38 THE WRITING committee for the remap-cap investigators *et al.* Effect of Hydrocortisone on Mortality and Organ Support in Patients with Severe COVID-19: The REMAP-CAP COVID-19 Corticosteroid Domain Randomized Clinical Trial. **JAMA**, 2 set. 2020.

39 BERLIN, D. A.; GULICK, R. M.; MARTINEZ, F. J. Severe Covid-19. *New England Journal Of Medicine*, [S.L.], v. 383, n. 25, p. 2451-2460, 17 dez. 2020. Massachusetts Medical Society. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp2009575?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 6 jun. 2024.

40 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia para uso do antiviral nirmatrelvir/ritonavir em pacientes com COVID-19, não hospitalizados e de alto risco**: Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/medicamentos/paxlovid-nirmatrelvir-ritonavir>. Acesso em: 6 jun. 2024.

41 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia para uso do antiviral nirmatrelvir/ritonavir em pacientes com covid-19, não hospitalizados e de alto risco : Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_nirmatrelvir_ritonavir_covid19_alto_risco.pdf

42 ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. Perguntas frequentes: vacinas contra a COVID-19 **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2023. Disponível em: https://www.paho.org/pt/vacinas-contr-COVID-19/perguntas-frequentes-vacinas-contr-COVID-19?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gad_source=1&qclid=CjwKCAiA0bWvBhBjEiwAtEsoW1n-zgoVz9U_XCSNmnT08glaacD92N9_4JRD8rYiLXQHSwJf1GX6uhoCa0cQAvD_BwE. Acesso em: 6 jun. 2024.

43 POUWELS, K. B. *et al.* Effect of Delta variant on viral burden and vaccine effectiveness against new SARS-CoV-2 infections in the UK. **Nature Medicine**, [S.L.], v. 27, n. 12, p. 2127-2135, 14 out. 2021. Springer Science and Business Media LLC. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-021-01548-7>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34650248/>. Acesso em: 6 jun. 2024.

44 CERQUEIRA-SILVA, T.; *et al.* Influence of age on the effectiveness and duration

of protection of Vaxzevria and CoronaVac vaccines: a population-based study. **The Lancet Regional Health: Americas**, [S.L.], v. 6, p. 100154, fev. 2022. Elsevier BV. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lana.2021.100154>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34957437/>. Acesso em: 6 jun. 2024.

45 ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 5 mai. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 6 jun. 2024.

46 HUREMOVIC, D (ed.). *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Berlim: Springer, 2019.

47 BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8).

48 FIOCRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19: recomendações gerais**, 2020a. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/enfrentamento-da-COVID-19-ciencia-a-servico-da-saude-da-populacao/>. Acesso em: 6 jun. 2024.

49 WORLD Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. **World Health Organization**, 18 mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>. Acesso em: 6 jun. 2024.

50 IASC. Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak. **Inter-Agency Standing Committee**, 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>. Acesso em: 6 jun. 2024.

51 SHAW, S. C (2020). Hopelessness, helplessness, and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. **Nurse Education in Practice**, [S.L.], v. 44, p. 102780, mar. 2020. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102780>.

52 LAI, J.; MA, S.; WANG, Y.; CAI, Z.; HU, J.; WEI, N. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA network open**, n. 3, v. 3, p. e203976-e203976, 2020.

53 LIBERATI, E. *et al.* A qualitative study of experiences of NHS mental healthcare workers during the Covid-19 pandemic. **BMC Psychiatry**, [S.L.], v. 21, n. 1, 12 maio 2021. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03261-8>. Acesso em: 6 jun. 2024.

54 LIU, Q.; *et al*/The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. **The Lancet Global Health**, [S.L.], v. 8, n. 6, p. 790-798, jun. 2020. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30204-7](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30204-7). Acesso em: 6 jun. 2024.

55 VINDROLA-PADROS, C. *et al*. Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. **BMJ Open**, [S.L.], v. 10, n. 11, p. e40503, nov. 2020. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040503>. Acesso em: 6 jun. 2024.

56 MUZYAMBA, C.; MAKOVA, O.; MUSHIBI, G. S. Exploring health workers' experiences of mental health challenges during care of patients with COVID-19 in Uganda: a qualitative study. **BMC Research Notes**, [S.L.], v. 14, n. 1, 26 jul. 2021. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-021-05707-4>. Acesso em: 6 jun. 2024.

57 KWAGHE, A. V. *et al*. Stigmatization and psychological impact of COVID-19 pandemic on frontline healthcare Workers in Nigeria: a qualitative study. **BMC Psychiatry**, [S.L.], v. 21, n. 1, 20 out. 2021. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03540-4>. Acesso em: 6 jun. 2024.

58 HINES, S. E. *et al*. Initiation of a survey of healthcare worker distress and moral injury at the onset of the COVID- 19 surge. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 63, n. 9, p. 830–833, set. 2020.

59 FELICE, C. *et al*. Impact of COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers in Italy: Results from a National E-Survey. **Journal of Community Health**, p. 1-9, 22 mai. 2020.

60 TOSEPU, R. *et al*. Experience of healthcare workers in combatting COVID-19 in Indonesia: a descriptive qualitative study. **Belitung Nursing Journal**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 37-42, 22 fev. 2021. Belitung Raya Foundation. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33546/bnj.1251>. Acesso em: 6 jun. 2024.

61 KACKIN, O. *et al*. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. **International Journal of Social Psychiatry**, p. 0020764020942788, 16 jul. 2020.

62 GREENBERG, N. *et al*. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. **BMJ**, p. m1211, 26 mar. 2020.

63 LU, W.; WANG, H.; LIN, Y. *et al*. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. **Psychiatry Res.**, v. 288, p. 112936, 2020.

64 KANG, L. *et al*. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. **Brain Behav Immun**, [S.L.], v. 87, p. 11-

17, jul. 2020. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>.

65 SALVE, S. *et al.* Community health workers and Covid-19: cross-country evidence on their roles, experiences, challenges and adaptive strategies. **Plos Global Public Health**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. e0001447, 4 jan. 2023. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0001447>. Acesso em: 6 jun. 2024.

65 SRIPAD, P. *et al.* Confirming—and testing—bonds of trust: a mixed methods study exploring community health workers' experiences during the covid-19 pandemic in bangladesh, haiti and kenya. **Plos Global Public Health**, [S.L.], v. 2, n. 10, p. e0000595, 7 out. 2022. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0000595>. Acesso em: 6 jun. 2024.

67 VERHOEVEN, V. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. **BMJ Open**, v. 10, n. 6, p. e039674, jun. 2020

68 SANTOS, R. P. O. *et al.* Condições de trabalho na atenção primária à saúde na pandemia de COVID-19: um panorama sobre brasil e portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 10, p. 2979-2992, out. 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320232810.10002023>. Acesso em: 06 jun. 2024.

69 BARCELOS, T. N. *et al.* Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 45, p. 1, 13 maio 2021. Pan American Health Organization. DOI: 10.26633/RPSP.2021.65.

70 DIAS, Ana Paula. **Usos e apropriações de elementos culturais pelas fake news sobre COVID-19 propagadas no Brasil e no México**. 2023. Dissertação (Mestrado em Integração da América Latina) — Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. doi:10.11606/D.84.2023.tde-19072023-190515. Acesso em: 7 mai. 2024.

71 CASTILHO, M. *et al.* Negacionismo e o papel dos fatores políticos para a mortalidade por Covid-19 no Brasil. **Nova Economia**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 65-93, abr. 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6351/7528>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/neco/a/4C9VBLs9hqGPynSD4t8wXtz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2024.

72 HUR, D. U.; SABUCEDO, J. M.; ALZATE, M. Bolsonaro e Covid-19: negacionismo, militarismo e neoliberalismo. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 21, n. 51, p. 550-569, ago. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v21n51/v21n51a18.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2024.

73 ORNELL, F. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00063520, 2020.

74 BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de**

dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 6 jun. 2024.

75 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 6 jun. 2024.

76 MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde em Debate, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 224-243, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdqvRBmBzh4CJXdXBJDh/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2024.

77 MÉLLO, L. M. B. D. *et al.* Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de covid-19 no brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 25, n. 1, 2021. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.210306>.

78 MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 8, 2020. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00149720>.

79 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde:** versão 9. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020 [2020 jun 22]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/COVID19/pdf/37>

80 SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Coordenadoria de Controle de Doenças. Plano de Contingência do Estado de São Paulo para Infecção Humana pelo novo Coronavírus – 2019-nCoV.** 18 jun. 2020. Disponível em: https://www.spsp.org.br/PDF/PlanoContingenciaEstadoSaoPaulo_Infec%CC%A7caoHumanaNovoCoronavirus%202019nCoV.pdf. Acesso em: 6 jun. 2024.

81 SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Contingência para resposta às Emergências em Saúde Pública:** Doença pelo Sars-Cov-2 Covid-19. 18 jun. 2020. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Plano_contingencia_para_respostas_as_emergencias_em_saude_publica.pdf. Acesso em: 6 jun. 2024.

82 PROCURADORIA Geral do Estado do Rio de Janeiro. **Deliberações.** Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/COVID19/estadual/deliberacoes>. Acesso em: 6 jun. 2024.

83 RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Decreto Rio nº 48343 de 1º de janeiro de 2021.** Institui o Comitê Especial de Enfrentamento da Covid-19 - CEEC, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, do Município do Rio

de Janeiro. Disponível em:

https://doweb.rio.rj.gov.br/apifront/portal/edicoes/imprimir_materia/703111/4791. Acesso em: 6 jun. 2024.

84 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422_ProtocoloManej_ver08.pdf. Acesso em: 6 jun. 2024.

85 DUARTE, R. B. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde frente à COVID 19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 1 Esp, ago. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3597/837>. Acesso em: 24 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1 Esp.3597>.

86 CIRINO, F. M. S. B. *et al.* Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 16, n. 43, p. 2665, 14 jul. 2021. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665).

87 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10507&ano=2002&ato=1fboXVU5ENnpWT910>. Acesso em: 6 jun. 2024.

88 BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.536%2C%20DE%200,para%20a%20finalidade%20que%20especifica. Acesso em: 6 jun. 2024.

89 ORTEGA, F.; WENCESLAU, L. D. Challenges for implementing a global mental health agenda in Brazil: The “silencing” of culture. **Transcultural Psychiatry**, v. 57, n. 1, fev. 2020. Disponível em: https://www.academia.edu/37845451/Challenges_for_implementing_a_global_mental_health_agenda_in_Brazil_The_silencing_of_culture_Forthcoming_in_Transcultural_Psychiatry_Special_Issue_on_Global_Mental_Health. Acesso em: 14 nov. 2019.

90 MALINVERNI, C.; BRIGAGÃO, J. I. M.; GERVASIO, M. G.; LUCENA, F. S. O papel dos agentes comunitários de saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19: o caso de Peruíbe, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 12, p. 3543-3552, 2023. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320232812.06212023>.

91 MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de covid-19. **Ciência & Saúde**

Coletiva, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 4185-4195, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>.

92 BOUSQUAT, A. *et al.* **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**: Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. 18 set. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rioDesafiosABCovid19SUS.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2024.

93 FRANÇA, C. J. *et al.* Características do trabalho do agente comunitário de saúde na pandemia de COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 28, n. 5, p. 1399-1412, maio 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023285.18422022>. Acesso em: 6 jun. 2024.

94 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente à COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200403_recomendacoes_ACS_COVID19_ver002_final_b.pdf. Acesso em: 6 jun. 2024.

95 MACIAZEKI-GOMES, R. C.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 1637-1646, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/1413-81232015215.17112015.

96 OTTA, G.; NUNES, J.; FERNANDEZ, M.; CORREA, M. G. The impact of the COVID-19 pandemic in the frontline health workforce: perceptions of vulnerability of Brazil's community health workers. *Health Policy Open*, [S.L.], v. 3, p. 100065, dez. 2022. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpopen.2021.100065>. Acesso em: 6 jun. 2024.

97 BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.023, de 8 de julho de 2020**. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de Fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l14023.htm. Acesso em: 6 jun. 2024.

98 LOTTA, G.; WENHAM, C.; NUNES, J.; PIMENTA, D. N. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, [S.L.], v. 396, n. 10248, p. 365-366, ago. 2020. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31521-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31521-x). Acesso em: 6 jun. 2024.

99 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de**

saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020.

100 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020.

101 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Community health workers: what do we know about them? Evidence and information for policy,** Department of Human Resources for Health: Geneva, jan. 2007. Disponível em: http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf. Acesso em: 6 jun. 2024.

102 MÉLLO, L. M. B. D.; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 501-520, fev. 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023282.12222022>. Acesso em: 6 jun. 2024.

103 OLATEJU, Z. Community health workers experiences and perceptions of working during the COVID-19 pandemic in Lagos, Nigeria—A qualitative study. **Plos One**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. e0265092, 8 mar. 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0265092.

104 MARINHO, G. L. Impacto da Covid-19 nas práticas de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 4, 2 abr. 2023. Nucleo de Estudos em Saude Publica. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3084>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1425589/3084-texto-do-artigo-11863-1-10-20230402.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2024.

105 NORMAN, C.; WILDMAN, J. M.; SOWDEN, S. COVID-19 at the Deep End: a qualitative interview study of primary care staff working in the most deprived areas of england during the covid-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 18, n. 16, p. 8689, 17 ago. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18168689>.

106 SULLIVAN, E. E.; BRETON, M.; MCKINSTRY, D.; PHILLIPS, R. S. COVID-19's Perceived Impact on Primary Care in New England: a qualitative study. **The Journal of The American Board Of Family Medicine**, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 265-273, mar. 2022. American Board of Family Medicine (ABFM). DOI: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2022.02.210317>.

107 HELTVEIT-OLSEN, S. R. *et al.* Experiences and management strategies of Norwegian GPs during the COVID-19 pandemic: a longitudinal interview study. **Scandinavian Journal Of Primary Health Care**, [S.L.], v. 41, n. 1, p. 2-12, 9 nov. 2022. Informa UK Limited. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02813432.2022.2142796>.

108 MATHEWS, M. *et al.* Family physician leadership during the COVID-19 pandemic: roles, functions and key supports. **Leadership In Health Services**, [S.L.],

v. 35, n. 4, p. 559-575, 27 jul. 2022. Emerald. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/lhs-03-2022-0030>.

109 IBGE. **Panorama da Cidade do Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso em: 6 jun. 2024.

111 PREFEITURA do Rio de Janeiro. Clínicas da família: unidades da Prefeitura atuam na promoção da saúde, na prevenção e no diagnóstico precoce de doenças. **Prefeitura do Rio de Janeiro**, 24 out. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.rio/saude/clinicas-da-familia-unidades-da-prefeitura-atuam-na-promocao-da-saude-na-prevencao-e-no-diagnostico-precoce-de-doencas/>. Acesso em: 6 jun. 2024.

110 SORANZ, D. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro** [livro eletrônico]: 2022-2025. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/03/PMS2022-2025_Final_Web.pdf. Acesso em: 6 jun. 2024.

112 ARAUJO, V. TCE responsabiliza ex-secretário de Saúde por superfaturamento na compra de respiradores. O Globo. 23 maio 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/tce-responsabiliza-ex-secretario-de-saude-por-superfaturamento-na-compra-de-respiradores-24442399>

113 FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 30, n. 3, 2020. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300309>.

114 VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

115 MORGAN, D. L. Snowball Sampling. *In*: L M Given (Ed.). **The Sage encyclopedia of qualitative research methods**. Califórnia: Sage publications, 2008.

116 FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2008Jan;24(1):17–27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 6 jun. 2024.

117 Seidl, Eliane & Queiroz, Elizabeth & Iglesias, Fabio & Neubern, Mauricio. (2021). ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DE PESQUISA EM PSICOLOGIA CLÍNICA: possibilidades e avanços Coleção Psicologia Clínica e Cultura – UnB Volume 6. 10.24824/978652512468.1.

118 PABLO-MENDEZ, A.; CHUNHARAS, S.; LANSANG, M. A. Knowledge Translation in Global Health. Editorials. **Bulletin of the World Organization**, [S.L.],

v. 83, n. 1, p. 723, 2005. Disponível em:

<https://www.who.int/bulletin/volumes/83/10/editorial21005html/en/>. Acesso em: 6 jun. 2024.

119 GUTIÉRREZ, A. C. *et al.* Coletivos organizados, ativismo social e narrativas da pandemia em territórios vulneráveis na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 12, p. 3533-3542, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320232812.04812023>. Acesso em: 6 jun. 2024.

120 Moura EC, Cortez-Escalante J, Cavalcante FV, Barreto IC de HC, Sanchez MN, Santos LMP. Covid-19: temporal evolution and immunization in the three epidemiological waves, Brazil, 2020–2022. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2022;56:105. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004907>

121 FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 110, p. 64-80, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611005>. Acesso em: 6 jun. 2024.

122 MALTA, D. C. *et al.*. Mudanças nas doenças crônicas e os fatores de risco e proteção antes e após a terceira onda da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3659–3671, 2023. DOI: 10.1590/1413-812320232812.08252022 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yvsydsPfjTXZzFr5mPFp8Mz/abstract/?lang=pt#>

123 Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde. Pós COVID na Atenção Primária à Saúde e Ambulatorial Especializada: Reunindo evidências para o Sistema Único de Saúde e à Plataforma Clínica Global da OMS. Brasília, D.F.; 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/978927572838>

124 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). COVID-19 faz vítimas entre profissionais da saúde no Brasil. [Internet]. 2020 [acesso em 28 abr 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/COVID-19-faz-vitimas-entre-profissionais-da-saude-no-brasil_78979.html

125 Andrade, AGM, Carvalho, RCP, Trindade, AAM, Neves, RF, Lima, MAG. Módulo Teórico 2: Território e Determinantes Sociais em Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Curso de Atualização para Análise de Situação de Saúde do Trabalhador - ASST aplicada aos serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia. – Brasília: Ministério da Saúde, pp. 1-37, 2021. Disponível em: https://sat.ufba.br/sites/sat.ufba.br/files/asst_modulo_2-territorio_e_determinantes_sociais_em_saude_-_dss.pdf

126 SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciências e Saúde Coletiva*, 89(1): 309 – 314, São Paulo, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NwLDv5yhjKPJm3W7j68R9LF/?format=pdf&lang=pt>

127 STARFIELD, Barbara et al. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326>.

128 BONÁCIO, D. Língua, sujeito e história: a construção de significados na Pandemia do Coronavírus. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 7–20, 2023. DOI: 10.5433/1679-0383.2023v44n1p7. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/47454>. Acesso em: 14 jun. 2024.

129 AQUINO, R. *et al.* Experiências e legado da atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19: como seguir em frente? *In*: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020. v. 2. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.013>.

130 TEIXEIRA, C. P (org.). **COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE)**. Rio de Janeiro: Anais/Sessões Temáticas / Profsaúde, 2020.

131 PROMPETCHARA, E.; KETLOY, C.; PALAGA, T. Immune responses in COVID-19 and potential vaccines: Lessons learned from SARS and MERS epidemic. **Asian Pac J Allergy Immunol**, n. 38, v. 1, p. 1-9, 2020. DOI:10.12932/AP-200220-0772.

132 Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>

ANEXO A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Conforme Resolução nº 510/2016 – Conselho
Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **“Pandemia COVID-19 e a produção de narrativas por pacientes, familiares e profissionais de saúde brasileiros”** que tem com objetivos: (1) conhecer as experiências vividas por profissionais de saúde como você, que prestam assistência direta a pessoas com suspeita ou já diagnosticadas com a COVID-19 (novo coronavírus); (2) compartilhar numa página eletrônica da *internet*, especificamente criada para isso, sob responsabilidade dos pesquisadores desta pesquisa e da UFRJ, partes do vídeo e/ou áudio da sua entrevista juntamente com partes das entrevistas de outras pessoas, que como você tratou de pessoas com COVID-19. A finalidade maior deste estudo é permitir que pessoas comuns, estudantes e profissionais de saúde possam conhecer o que sentem e pensam pessoas com COVID-19, familiares de pessoas que tiveram COVID-19, e profissionais de saúde que trataram alguém com COVID-19 durante a pandemia. Para isto serão produzidos vídeos curtos, com narrativas da experiência de adoecimento de pacientes, narrativas de familiares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado direto da COVID-19.

Chegamos até você porque vimos seu relato em uma rede social (Facebook, Twitter, Instagram ou WhatsApp) ou porque você foi indicado por alguém que foi entrevistado por um de nós da equipe de pesquisa. Sua participação nessa pesquisa se dará através de duas entrevistas individuais, que vão durar entre 60 a 90 minutos. Inicialmente, a entrevista acontecerá pela *internet*, chamada de tele-entrevista. Ainda há a possibilidade de ocorrerem presencialmente, no futuro, quando a epidemia acabar.

Para participar, você precisará de um telefone celular ou um computador, com câmera e microfone, e você deverá estar em um ambiente silencioso, protegido com

relação a interrupções pela presença de outras pessoas, e no qual você se sinta confortável. Desde já pedimos a você que nos diga qual é o melhor aparelho para se conectar conosco para que a entrevista ocorra através da *internet*.

Na primeira entrevista, o pesquisador pedirá para que você fale como se sentiu desde o primeiro momento em que você percebeu que participaria do enfrentamento da COVID-19, ou quando você se percebeu realizando seus primeiros atendimentos a pessoas com sintomas suspeitos ou já confirmados de COVID-19 (novo coronavírus). Você não é obrigado a responder todas as perguntas. Se alguma pergunta o incomodar, você é livre para não responder a esta pergunta. Se você preferir, a entrevista poderá ser dividida em dois momentos para que você se sinta mais confortável. Se você quiser interromper sua entrevista e sua participação na pesquisa, basta você comunicar ao pesquisador, e isto não lhe causará nenhum prejuízo.

Alguns meses após sua primeira entrevista (entre o sexto e oitavo mês), o pesquisador entrará em contato com você para lhe apresentar as partes do vídeo e/ou áudio da sua entrevista que foram selecionadas para serem compartilhadas publicamente, juntamente com relatos de outras pessoas, que como você, que como você tratou de pessoas com COVID-19. As partes da sua entrevista serão enviadas a você por meio eletrônico e você acessará no seu celular ou no seu computador. Você combinará com o pesquisador se o envio será por WhatsApp ou por e-mail ou por outro meio eletrônico, que seja mais conveniente. Neste momento, apenas você e os pesquisadores terão conhecimento da sua entrevista e das partes selecionadas que podem vir a ser compartilhadas publicamente. Você poderá concordar em compartilhar todas as partes selecionadas, você poderá escolher se há alguma parte que você não quer que seja compartilhada publicamente. O vídeo da primeira entrevista será editado para um formato acessível, ou seja vários vídeos curtos em torno de três minutos, e alguns serão apresentados a você para que confirme sua autorização de publicação na página da pesquisa. Caso você não concorde que o material seja divulgado, é assegurado o seu direito de não compartilhamento público de sua voz e imagem. Esta decisão será respeitada, independente da opção que você assinalou neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando iniciou sua participação nesta pesquisa.

Por fim, o pesquisador o convidará para uma segunda e última entrevista, que

deverá ocorrer cerca de 10 a 12 meses após a publicação da página da *internet*. O pesquisador fará duas a três perguntas para estimular que você relate sobre a experiência de estar compartilhando publicamente suas experiências de cuidado direto a pessoas acometidas de COVID-19 e seus familiares na página da *internet*. Você é livre para deixar de responder qualquer pergunta, ou mesmo interromper sua resposta, caso sinta-se incomodado ou constrangido. Se for de sua preferência, essa segunda entrevista também poderá ser feita em dois momentos, dois dias diferentes, caso você se sinta mais confortável.

Todas as entrevistas serão gravadas em vídeo e voz de forma a preservar a qualidade da interação entre você e o pesquisador, já que as entrevistas serão pela *internet*, durante a pandemia. Os pesquisadores farão a transcrição e a análise da entrevista.

Garantia de acesso aos pesquisadores: em qualquer fase da pesquisa você terá pleno acesso à coordenadora da pesquisa Alicia Navarro de Souza E-mail: alicia@hucff.ufrj.br; Celular: (21) 99408-9108 e ao pesquisador responsável por lhe entrevistar _____, telefone()_, e-mail _____.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ, Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255, Cidade Universitária/Ilha do Fundão, 7º andar, Ala E – pelo telefone (21) 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou por meio do e-mail: cep@hucff.ufrj.br. O Comitê de Ética é formado por um grupo de pessoas que realizam a análise ética de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Ele tem atenção sobre a segurança, proteção e garantia dos direitos dos participantes de pesquisa.

Garantia de liberdade: sua participação é absolutamente voluntária, não sendo obrigatório responder todas as perguntas do pesquisador que o entrevista. A qualquer momento e em qualquer fase da pesquisa, você é inteiramente livre para desistir de participar e retirar seu consentimento sem que isso cause qualquer prejuízo a você. Caso seja o seu desejo retirar a autorização para divulgação de sua imagem na página eletrônica da pesquisa, solicitamos que entre em contato conosco pelos recursos de comunicação informados no presente Termo.

Direito de confidencialidade e acessibilidade: os dados colhidos nesta

pesquisa serão utilizados para elaborar artigos científicos, para serem divulgados em congressos da área da saúde, e para sua divulgação em uma página da *internet* específica, www.narrativasesaude.ccs.ufrj.br, sob responsabilidade dos pesquisadores, através do Núcleo de Educação a Distância (NEaD) da UFRJ. Somente os pesquisadores terão acesso a totalidade dos resultados da pesquisa, mas caso você queira, você poderá ter acesso a totalidade de seus dados em qualquer momento. Todos os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados pelo período mínimo de cinco anos.

Você poderá visitar a página www.narrativasesaude.ccs.ufrj.br, para conhecer o lugar onde esse estudo poderá ser divulgado. Sua participação NÃO SERÁ anônima, pois sua imagem (vídeo) ou sua voz (áudio) e o texto escrito com as suas falas, quando forem publicamente compartilhadas, você poderá ser identificado nesse *site*.

Despesas e compensações: caso a entrevista seja face a face, as despesas financeiras com transporte, alimentação ou qualquer outro gasto, que você possa ter para poder participar desta pesquisa, serão pagas a você pelo pesquisador no mesmo dia da sua participação. Você não terá, em nenhum momento, quaisquer ganhos financeiros. Você terá garantido o seu direito a buscar indenização por danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 510/2016 Artigo 3º, Inciso X, Artigo 17, Inciso V, e Artigo 19, Parágrafo 2º; e Código Civil, Lei 10.406 de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você receba todas as informações necessárias para participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador responsável sempre que julgar necessário.

O pesquisador que está lhe entrevistando é parte da equipe responsável pela realização da pesquisa, e se compromete a zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

Os riscos dessa pesquisa são mínimos e não maiores que aqueles que você poderia estar exposto no dia-a-dia da vida. Ao participar da entrevista você poderá se sentir emocionado ao relembrar momentos delicados da sua vida relacionados ao cuidado desenvolvido a pacientes com COVID-19 e seus familiares e ao

enfrentamento da pandemia como profissional de saúde. O pesquisador responsável estará atento a este aspecto na condução da entrevista e pronto a prestar ajuda caso seja necessário, deixando-lhe a vontade para interromper a entrevista ou acolhendo seus sentimentos, oferecendo o apoio possível no momento da entrevista. Caso isto não seja suficiente para tranquilizá-lo, e você e o pesquisador considerarem que há necessidade de assistência psicológica e/ou psiquiátrica, o pesquisador se responsabilizará por entrar em contato com o serviço que oferece este tratamento na universidade pública, na qual ele trabalha. A partir deste entendimento entre o pesquisador e o serviço universitário especializado em assistência psicológica e/ou psiquiátrica, você será encaminhado para atendimento presencial ou atendimento remoto, em razão da pandemia, de acordo com o que houver disponível e for mais conveniente a você. É importante destacar que a assistência será necessariamente gratuita. Caso você venha a ter algum problema com o encaminhamento, você poderá procurar o pesquisador para buscar um novo encaminhamento. No caso de interrupção da pesquisa, esta será justificada e você, e estará assegurada a continuidade da assistência adequada, caso seja necessária. Os benefícios de sua participação nesta pesquisa estarão relacionados à reflexão sobre sua experiência de cuidado a pacientes com COVID-19 e seus familiares, durante a pandemia. Sua participação pode, ainda, ter benefícios indiretos, pois seu depoimento poderá ajudar pessoas em situações futuras.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do CEP, do coordenador da pesquisa e do pesquisador responsável pela entrevista, podendo esclarecer suas dúvidas sobre a sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, é necessário que você assinale uma das duas opções abaixo, nos informando de forma clara se a sua participação será através de vídeo ou áudio e, também, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável, todas rubricadas em cada página e assinadas no final por você, pelo(a) pesquisador(a) responsável e pela coordenadora da pesquisa.

Declaro que autorizo o uso não comercial de minha voz e imagem gravadas, e para deixar mais claro assinalo abaixo a minha opção:

- Autorizo a divulgação da minha imagem e da minha voz através de um **vídeo**.
- Autorizo a divulgação apenas da minha voz através de um **áudio**.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar da pesquisa proposta, sabendo que poderei desistir qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Declaro ter recebido uma via assinada deste documento devidamente assinada pelo pesquisador responsável e pelo entrevistador.

_____, ____ de ____ de 202__.

Nome legível do(a) Participante:

Assinatura do(a) Participante:

Nome legível do(a) Pesquisador(a) Entrevistador(a):

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Entrevistador(a):

Assinatura da Coordenadora da Pesquisa:

Dra. Alicia Navarro de Souza alicia@hucff.ufrj.br

ANEXO B



UNIVERSIDADE
DO BRASIL
UFRJ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ E IMAGEM GRAVADAS EM ÁUDIOS E VIDEOS

Eu

CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa “**Pandemia COVID-19 e a produção de narrativas por pacientes, familiares e profissionais de saúde brasileiros**”, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha voz e imagem, como especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores responsáveis do projeto de pesquisa a GRAVAR áudios e/ou vídeos da minha entrevista, necessários para a realização dos objetivos da pesquisa, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Estou ciente que minha imagem e voz serão editadas para vídeos curtos de em média 3 minutos para divulgação na página eletrônica da pesquisa (www.narrativasesaude.ccs.ufrj.br).

AUTORIZO que a DIVULGAÇÃO seja feita de forma gratuita com abrangência de publicação na página eletrônica da pesquisa mencionada, com repercussão em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Além disso, AUTORIZO o seu uso em artigos científicos e apresentação em congressos e seminários.

Por ser esta a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso não comercial, sem que nada seja reclamado a título de direitos conexos ao uso de minha voz e minha imagem, nos termos da Lei de Direitos Autorais Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

Para que não haja nenhuma duvida, assinalo abaixo a minha opção:

- Autorizo a divulgação da minha imagem e da minha voz através de um **vídeo**.
- Autorizo a divulgação apenas da minha voz através de um **áudio**.

Rio de Janeiro, __ de _____ 20__.

Participante

Pesquisador responsável

Coordenador da Pesquisa

ANEXO C



UNIVERSIDADE
DO BRASIL
UFRJ

FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA

Detalhes dos Participante Número de Referência da base de dados:

[Por gentileza, forneça as seguintes informações. Se você preferir não responder alguma questão, por favor, deixe em branco.]

Idade:..... **CEP:**

Nome preferido para o website:

Gênero: () feminino () masculino () transgênero () outros

Status de relacionamento: () solteiro(a) () casado(a)/união estável () divorciado(a)/separado(a) () viúvo(a) () prefere não mencionar

Filhos: () sim/ () não Idade dos filhos:.....

Nível educacional

Status empregatício: () tempo integral () meia jornada () autônomo(a) () desempregado(a)/emprego não remunerado () aposentado(a).

Ocupação [se aposentado(a), por favor informe o último emprego]

Se estudante, por favor informe a ocupação de seus pais:.....

Anos de experiência desde a conclusão da graduação:

Especialidade, se for o caso:

VOCÊ VIVE:

() a) sozinho(a) () b) com os pais () c) com esposo(a)/parceiro(a) () d) com outro

Origem regional e Etnia (por favor assinale o que melhor descreve seu grupo étnico).

BRASILEIRO

- () região Norte
() região Nordeste
() região Centro-Oeste
() região Sudeste
() região Sul

COR

- () branco
() pardo
() preto
() amarelo
() indígena

Deficiências: você tem alguma doença, deficiência ou sequela crônica (há mais de 6 meses), que causa uma dificuldade significativa para realização das suas atividades cotidianas?

() Sim () Não

Você concorda que os seguintes detalhes a seu respeito sejam incluídos no *website* <http://www.narrativasesaude.ccs.ufrj.br>?

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Idade | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Gênero | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Status de relacionamento | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Filhos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Status empregatício | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Ocupação | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Etnia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Deficiência | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Por gentileza, forneça o nome e o número de telefone de um amigo ou um familiar para uma alternativa de contato: (opcional)

.....

ANEXO D



ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

Nesta entrevista, você está convidado a falar sobre suas experiências com a pandemia COVID-19. Você pode mencionar tudo que considerar relevante e importante para você.

Na primeira parte da entrevista, pedirei que você me conte suas experiências. Também posso fazer algumas perguntas para esclarecer o que você me contou ou pedir um pouco mais de informação.

Depois que você terminar de me contar sobre sua experiência com a pandemia de COVID- 19, talvez eu ainda tenha mais algumas perguntas sobre outros aspectos da sua história, seja da dimensão técnica, pessoal ou social da sua experiência. Se em algum momento você desejar parar ou se houver perguntas que você não deseja responder, por favor avise.

PARTE 1: CONVITE PARA RELATAR SUAS PRÓPRIAS EXPERIÊNCIAS COMO PROFISSIONAL

Conte-me sobre a sua experiência com a COVID-19, desde a primeira vez que tomou conhecimento da doença (e da pandemia) e percebeu que estaria, de alguma forma, envolvido na assistência direta ou0 aos pacientes com a doença, incluindo quaisquer experiências que teve com a inserção no processo assistência, a relação com colegas e superiores hierárquicos, acesso a treinamentos específicos para sua atuação, acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) adequados e de saúde e outros apoios recebidos. Estamos interessados em entender não apenas os aspectos da sua atuação profissional na COVID-19, mas também os impactos emocionais ou psicológicos / na saúde mental e o impacto de ter que atuar num cenário adverso (incluindo os riscos de contrair a infecção), e as implicações para sua vida pessoal, relacionamentos ou outras atividades que você normalmente esteja envolvido.

Sinta-se à vontade para falar sobre tudo o que é importante para você e sobre o que você se sente à vontade para falar.

** Deixe o participante falar o quanto quiser ou precisar*

PARTE 2: SUGESTÕES PARA A COBERTURA DE TÓPICOS NÃO ABORDADOS NA NARRATIVA

ESPONTÂNEA DO ENTREVISTADO (de acordo com as circunstâncias do entrevistado).

1. Conhecimento sobre COVID-19

- Qual é o seu entendimento sobre COVID-19, modos de transmissão, etc.?
- Você pode me dizer o que sabia sobre a COVID-19 antes de perceber que isso iria interferir diretamente em sua vida profissional?
- Sua percepção sobre COVID-19 mudou depois da pandemia assumir grandes proporções em sua cidade e/ou em seu local de trabalho?
- Você tem conhecimento sobre os “grupos de risco” para desenvolver formas graves de COVID-19 (> 60 anos, diabéticos, hipertensos, obesos, imunossuprimidos, etc)? Faz parte de algum destes grupos?

2. Perfil Profissional

- Você é: médico (a)? Enfermeiro (a)/Técnico (a) de Enfermagem?
- Trabalha em: Atenção Primária? Unidade de Pronto Atendimento/Emergência? Hospital Terciário?
- Seus locais de trabalho são: privado Instituição da Rede Pública de Saúde? Instituição Privada? (consultório)?
- Em quais locais de trabalho está se dedicando a pacientes COVID-19?

3. Impacto na vida pessoal, na atuação profissional e relações interpessoais

- Como a experiência com a COVID-19 afetou seu senso de identidade, por exemplo sua identidade / autoestima / planos de vida?
- Conte-me um pouco sobre o impacto que a COVID-19 teve no seu dia a dia, por exemplo no trabalho / outras atividades diárias/ na sua renda.
- Impacto nos relacionamentos (por exemplo, parceiro, filhos, amigos, outros parentes) e na vida social em geral.
- Como é sua inserção na assistência aos pacientes com COVID-19? Atende diretamente pacientes com COVID-19? Não atende diretamente os pacientes com COVID-19, mas atua numa instituição/setor que também recebe pacientes com COVID-19? Atende pacientes não infectados (ou que se recuperaram completamente de COVID-19), que não representam risco para contágio? Realiza a gestão de um serviço relevante para a pandemia?
- Você recebeu treinamento específico para atender pacientes COVID-19? Dispõe de insumos e EPIs em seu local de trabalho? Estão de acordo com as recomendações das autoridades sanitárias?
- Sua inserção na assistência aos pacientes com COVID-19 foi voluntária ou você foi designado por seu empregador/chefe imediato?
- Se fizer parte de “grupo de risco”:
 - o foi afastado de atividades com risco conhecido de exposição a COVID-19 e passou a trabalhar remotamente (*home-office*)?
 - o foi afastado de atividades com risco conhecido de exposição a COVID-19 e passou a exercer tarefas em setores de baixo risco de exposição a COVID-19?
 - o foi mantido em atuação em atividades com exposição a COVID-

19, desconsiderando fatores de risco.

4. Diagnóstico

- Você conhece os testes recomendados para diagnóstico de COVID-19?
- Você chegou a ser submetido a algum teste diagnóstico para COVID-19?
 - Antes de iniciar sua atividade com exposição, mesmo se assintomático?
 - Quando apresentou sintomas gripais?
 - Quando teve contato direto com paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19?
- Se você não realizou nenhum dos testes diagnósticos, tem/teve acesso a eles?
 - Em caso de resposta negativa, por quê? (indisponível/ disponível, porém com contingenciamento/ disponível, porém com custo inacessível).

5. Aspectos emocionais e relacionados a saúde mental na COVID-19

- Descreva como se sente/sentiu, como profissional, com as mudanças na rotina de trabalho causadas pela pandemia COVID-19. Notou mudanças no seu comportamento? No comportamento de seus colegas? No comportamento de seus chefes imediatos ou de dirigentes?
- Teve algum colega que contraiu COVID-19? Algum deles veio a falecer com a doença? Como estas notícias afetaram sua atuação como profissional? Sentiu medo? Mudou sua rotina em termos de cuidados/uso de EPIs?
- Tem cumprido medidas de isolamento/distanciamento social nos dias em que não está atuando como profissional de saúde?
- Percebe alguma manifestação de desaprovação ou hostilidade quando alguém lhe reconhece como profissional de saúde e teme que você possa involuntariamente ser um transmissor da doença?

Que tipo de apoio psicológico / ou suporte à saúde mental seria útil para você enfrentar a pandemia de COVID-19?

- Quem você acha que deveria fornecer esse apoio?
- Percebe algum tipo de mudança no modo como é tratado/visto, quando reconhecido como profissional de saúde que atua na assistência a pacientes com COVID-19?
 - Por parte de seu parceiro (a) e/ou familiares?
 - Por parte de seus colegas, profissionais de saúde?
 - Por parte de seus vizinhos e da população em geral?

6. O tratamento da COVID-19: Dilemas

- Você tem conhecimento dos diversos tratamentos que estão sendo empregados para COVID-19? [Estamos interessados em tratamentos médicos (incluindo medicamentos sem necessidade de prescrição médica) e em outros tratamentos, por exemplo suplementos / produtos alternativos.]

- Você considera que há estudos suficientemente embasados cientificamente para recomendar um ou outro tratamento?
- Gostaria de receber alguma modalidade de tratamento, caso adoecesse com COVID- 19?

No caso de profissionais de saúde prescritores:

- Sente-se seguro e confiante para ministrar alguma(s) destas opções de tratamento em seus pacientes?
- Sente-se pressionado por pacientes, familiares ou colegas a prescrever algum tratamento que considere incorreto ou desprovido de embasamento científico?

7. Busca de Informações

- Ao longo de sua experiência com a COVID-19, de onde você obteve informações sobre o vírus, a doença, e o que fazer na sua atuação profissional específica? (por exemplo, ou profissional de saúde, *Internet (sites, mídias sociais, aplicativos, blogs, grupos / fóruns de suporte on-line)*; artigos científicos, publicações de autoridades sanitárias (Guias, Manuais, etc.).
- Que tipo de informação você estava procurando? (por exemplo, informações técnicas como protocolos de diagnóstico e tratamento, experiências de pessoas, informações sobre aspectos pessoais / sociais do COVID-19, informações baseadas em pesquisas) Você encontrou?
- Que tipo de informação foi mais / menos útil? Por que?

8. Impacto profissional / Perspectivas Pós-pandemia

- Você pode me falar sobre o impacto que a pandemia de COVID-19 teve sobre a sua vida profissional?
- Se profissional liberal, sentiu impacto das medidas de isolamento/distanciamento social sobre sua rotina? Houve repercussão sobre seus ganhos financeiros?
- Pessoas próximas a você, profissionais de saúde ou não, tiveram perda de renda significativa, ou até perda do emprego, depois das medidas de isolamento/ distanciamento social?
- Como você vê as possibilidades de retomada de suas atividades profissionais e ganhos financeiros após a pandemia de COVID-19? (tendo como referência o período imediatamente anterior a pandemia)?
- Que conselho (s) você daria, com base em sua experiência, para:
 - pacientes com COVID-19
 - familiares e amigos de pessoas com COVID-19
 - profissionais de saúde / serviços de saúde que tratam pessoas com COVID-19
- Quando a vida voltar ao 'normal', que aspectos da sua vida 'pré-pandemia

você esperaria ter de volta? Quais aspectos você não gostaria de vê-los voltar?

Há mais alguma coisa que eu não tenha perguntado e você gostaria de mencionar?