



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

HELDER LIMA GARCIA AZEVEDO

**PANDEMIA DA COVID-19: ATUAÇÃO DE ENFERMEIRO NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DA REGIÃO CENTRO- OESTE E DISTRITO FEDERAL.**

**Brasília - DF
2024**

HELDER LIMA GARCIA AZEVEDO

**PANDEMIA DA COVID-19: ATUAÇÃO DE ENFERMEIRO NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DA REGIÃO CENTRO- OESTE E DISTRITO FEDERAL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Fátima de Sousa

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde (PPG)

**Brasília - DF
2024**

HELDER LIMA GARCIA AZEVEDO

**PANDEMIA DA COVID-19: ATUAÇÃO DE ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DA REGIÃO CENTRO- OESTE E DISTRITO FEDERAL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADRA

PROF^a. DRA. MARIA FÁTIMA DE SOUSA (PRESIDENTE)
Orientadora
Universidade de Brasília

PROF^a. DRA. CARLA TARGINO DA SILVA BRUNO
(Membro Interno)
Universidade de Brasília

DRA. ANA CLÁUDIA CARDOZO CHAVES
(Membro Externo)
Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Ministério da Saúde

PROF^a. DRA. ANTÔNIA DE JESUS ÂNGULO TUESTA
(Membro Interno)
Universidade de Brasília

Brasília – DF, 2024

"A pandemia do covid-19 nos mostrou a força da união, a fragilidade da vida e a importância de cuidarmos uns dos outros."

Prof^ª. Dra. Maria Fátima Sousa

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais de enfermagem que, incansavelmente, atuaram na linha de frente durante a pandemia da covid-19, dedicando-se ao cuidado e bem-estar da população. Seu compromisso e resiliência são exemplos de dedicação e amor à profissão.

AGRADECIMENTOS

Durante os anos dedicados ao mestrado, marcados por intenso estudo, esforço e empenho, desejo expressar meus sinceros agradecimentos. Em primeiro lugar, agradeço a Deus por fortalecer-me diariamente, sendo a base fundamental para essa jornada. Além disso, reconheço a importância de algumas pessoas que desempenharam papéis cruciais na realização deste sonho.

Minha família merece um reconhecimento especial, pois sou eternamente grato por moldarem quem sou, pelas conquistas alcançadas e pela felicidade que permeia minha vida. Agradeço profundamente à minha orientadora, Prof^ª. Dra. Maria Fátima de Sousa, pelo apoio constante ao longo desses dois anos de trajetória acadêmica. Meu tio Helder, que acreditou em mim e contribuiu significativamente para minha caminhada na área da saúde, também merece meu agradecimento.

Não posso deixar de mencionar a contribuição valiosa dos membros da banca de Qualificação e Defesa de Mestrado. Seus conselhos, sugestões e interesse em colaborar foram fundamentais para o desenvolvimento deste projeto.

Por último, expresso minha profunda gratidão a todos os profissionais de saúde que estiveram na linha de frente durante a pandemia da covid-19. Ao arriscarem suas vidas para proteger e cuidar da população, tornaram-se verdadeiros heróis e fontes inspiradoras para todos nós.

APRESENTAÇÃO

Sou Helder Lima Garcia Azevedo, enfermeiro com pós-graduação em Enfermagem Terapia Intensiva e atualmente mestrando em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília (UnB). Com cinco anos de experiência, destaco minha atuação diversificada em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Conselhos de Saúde, UTIs e hospitais, onde contribuí para a assistência aos pacientes, oferecendo apoio técnico aos gestores e à equipe técnica.

No momento, desempenho atividades técnicas como consultor na coordenação de Atenção à Saúde da Mulher do Departamento de Gestão do Cuidado Integral da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Possuo artigos publicados em revistas de divulgação científica, com ênfase em temas relevantes como "Variantes de atenção e/ou preocupação por sequenciamento genômico do covid-19 no Brasil" e "Ocorrências policiais de assédio sexual em Brasília, Distrito Federal e regiões administrativas, 2010 a 2020".

O Mestrado Profissional em Saúde Coletiva tem como principal objetivo preparar profissionais de saúde pública para utilizar a investigação científica como ferramenta no aprimoramento do trabalho. Ou seja, busca desenvolver habilidades e competências necessárias para o desempenho mais eficiente das funções públicas.

Vale registrar que durante os últimos 24 meses, tive a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos sobre a importância do papel do enfermeiro na promoção da saúde e no enfrentamento de crises sanitárias, como a pandemia da covid-19. Ao longo desse período, pude vivenciar e refletir sobre diversos aspectos relacionados à atuação do enfermeiro nesse contexto desafiador.

Uma das principais lições que pude apreender foi a importância da atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e referência para o cuidado durante a pandemia. Através de estratégias de acolhimento, triagem e orientação, o enfermeiro desempenha um papel fundamental na identificação precoce de casos suspeitos, na promoção de medidas de prevenção e no encaminhamento adequado dos pacientes, contribuindo para a redução da disseminação do vírus e para o cuidado integral da população.

Além disso, pude observar a relevância do enfermeiro na educação em saúde durante a pandemia. Através de ações de conscientização, orientação e mobilização da comunidade, o enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção de práticas saudáveis, na adesão às medidas de prevenção e no combate à desinformação, contribuindo para a construção de uma sociedade mais resiliente e preparada para enfrentar crises sanitárias.

Outra lição importante foi a necessidade de adaptação e flexibilidade por parte do enfermeiro diante das mudanças constantes e dos desafios impostos pela pandemia. A capacidade de se atualizar, de se reinventar e de trabalhar em equipe multidisciplinar foram habilidades essenciais para uma atuação eficaz e eficiente.

Tenho expectativas de que, ao defender minha dissertação, almejo contribuir para a produção de conhecimento científico relevante para a área da saúde coletiva e, especialmente, para a atuação do enfermeiro na pandemia da covid-19. Espero que os resultados e discussões apresentados possam subsidiar ações e políticas públicas que fortaleçam a Atenção Primária à Saúde e valorizem o papel do enfermeiro nesse contexto. Isso envolve a disseminação dos resultados para gestores de saúde, tomadores de decisão e órgãos responsáveis pela formulação de políticas de saúde.

Além disso, pretendo continuar minha trajetória acadêmica e profissional, buscando oportunidades para disseminar e compartilhar os conhecimentos adquiridos ao longo do meu mestrado, por meio de publicações científicas, participação em eventos acadêmicos, e compartilhamento dos achados com a comunidade científica, e junto ao meu ambiente de trabalho.

Por fim, e não menos importante, espero que esta dissertação possa contribuir para fortalecer a atuação do enfermeiro na APS, ampliando o reconhecimento e valorização desse profissional no SUS, e o protagonismo desses profissionais em contexto de enfrentamento dessa crise global de saúde, e para a construção de um sistema de saúde mais resiliente e equitativo. Espero que minha dissertação e meu trabalho possam contribuir para fortalecer essa atuação e garantir melhores condições de saúde para nossa população.

RESUMO

A crise gerada pela pandemia de covid-19 ressaltou a relevância dos profissionais de saúde, com destaque especial para os enfermeiros, evidenciando sua dedicada atuação e protagonismo no enfrentamento da situação. O trabalho incansável da enfermagem adquiriu reconhecimento midiático, revelando sua importância fundamental nas diversas unidades de saúde. Diante desse cenário, este estudo teve como propósito analisar a atuação de enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde (APS), no enfrentamento à pandemia da covid-19 em municípios da região Centro-Oeste e no Distrito Federal. Para isso, optou-se por uma abordagem qualitativa na coleta e análise dos dados, conduzindo entrevistas individuais com enfermeiros(as) que preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos. As entrevistas abrangeram temas que exploravam as práticas de assistência na APS, as experiências vivenciadas durante a pandemia de covid-19, os desafios enfrentados e a perspectiva sobre a importância do trabalho da enfermagem, entre outros assuntos relevantes. A análise de conteúdo Bardin, que tem como objetivo principal avaliar a significância semântica dos dados transmitidos, foi empregada para identificar padrões e tendências nas respostas dos participantes, visando compreender suas percepções e experiências no contexto da APS durante a crise sanitária. Os resultados obtidos foram cruciais para aprimorar a compreensão das práticas de assistência realizadas pelos enfermeiros na APS e destacar seu papel crucial durante a pandemia de covid-19. Destacam a atuação notável e desafiadora dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia da Covid-19 na região Centro-Oeste e no Distrito Federal. Enquanto demonstravam adaptação e resiliência notáveis ao enfrentar diversas demandas emergentes, como triagem, testagem e vacinação, os enfermeiros enfrentaram obstáculos significativos devido à falta de recursos e condições precárias de trabalho. A análise revelou potencialidades, como inovação e ênfase na promoção da saúde, mas também limitações relacionadas à sobrecarga laboral e deficiências estruturais nos serviços de saúde. As lições aprendidas ressaltam a necessidade de valorização dos enfermeiros, melhores condições de trabalho e programas de apoio à saúde mental para garantir uma resposta mais eficiente e resiliente a futuras crises de saúde pública. As conclusões da pesquisa ofereceram subsídios valiosos para o aperfeiçoamento da gestão da saúde pública, destacando a urgência de políticas públicas mais eficazes, investimentos em recursos humanos e estruturação adequada para a APS, o apoio mais eficaz aos profissionais de enfermagem e a melhoria dos serviços prestados à comunidade. Esse conhecimento contribuiu significativamente para a implementação de estratégias mais robustas e efetivas no enfrentamento de desafios semelhantes no futuro, como melhor planejamento e preparação para emergências de saúde pública; reforço dos sistemas de saúde, incluindo o aumento da capacidade de resposta e distribuição de recursos; investimento em pesquisa e desenvolvimento de vacinas e tratamentos; implementação de protocolos de triagem e testagem mais eficientes; promoção de medidas de saúde pública, como distanciamento social e uso de máscaras; melhoria das condições de trabalho e apoio aos profissionais de saúde, incluindo programas de saúde mental; fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para garantir uma resposta mais ágil e eficaz a crises futuras; intensificação dos esforços de comunicação e educação pública para conscientização e adesão às medidas preventivas; colaboração e coordenação entre governos, organizações de saúde e comunidades; aprendizado contínuo e adaptação com base nas experiências passadas para melhorar a resposta a desafios similares no futuro.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Enfermagem em APS; Covid-19.

ABSTRACT

The crisis generated by the COVID-19 pandemic underscored the relevance of healthcare professionals, with special emphasis on nurses, highlighting their dedicated performance and leadership in addressing the situation. The tireless work of nursing gained media recognition, revealing its fundamental importance in various healthcare settings. In this context, this study aimed to analyze the performance of nurses in Primary Health Care (PHC) in tackling the covid-19 pandemic in municipalities of the Midwest region and the Federal District. To achieve this, a qualitative approach was chosen for data collection and analysis, conducting individual interviews with nurses who met the established inclusion criteria. The interviews covered topics exploring care practices in PHC, experiences during the covid-19 pandemic, challenges faced, and perspectives on the importance of nursing work, among other relevant subjects. The Bardin content analysis, which aims to assess the semantic significance of transmitted data, was employed to identify patterns and trends in participants' responses, aiming to understand their perceptions and experiences in the context of PHC during the health crisis. The findings were crucial for enhancing understanding of the care practices carried out by nurses in PHC and highlighting their crucial role during the covid-19 pandemic. They highlight the remarkable and challenging performance of nurses in Primary Health Care (PHC) during the covid-19 pandemic in the Midwest region and the Federal District. While demonstrating remarkable adaptation and resilience in facing various emerging demands, such as screening, testing, and vaccination, nurses encountered significant obstacles due to lack of resources and poor working conditions. The analysis revealed strengths, such as innovation and emphasis on health promotion, but also limitations related to workload and structural deficiencies in healthcare services. Lessons learned emphasize the need for appreciation of nurses, better working conditions, and mental health support programs to ensure a more efficient and resilient response to future public health crises. The research conclusions provided valuable insights for improving public health management, highlighting the urgency of more effective public policies, investments in human resources and adequate structure for PHC, more effective support for nursing professionals, and improvement of services provided to the community. This knowledge significantly contributed to the implementation of more robust and effective strategies in addressing similar challenges in the future, such as better planning and preparation for public health emergencies; strengthening of healthcare systems, including increasing response capacity and resource distribution; investment in research and development of vaccines and treatments; implementation of more efficient screening and testing protocols; promotion of public health measures, such as social distancing and mask use; improvement of working conditions and support for healthcare professionals, including mental health programs; strengthening of Primary Health Care to ensure a more agile and effective response to future crises; intensification of efforts in communication and public education for awareness and adherence to preventive measures; collaboration and coordination among governments, healthcare organizations, and communities; continuous learning and adaptation based on past experiences to improve response to similar challenges in the future.

Keywords: Primary Health Care; Nursing in PHC; covid-19.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de Unidades Básicas de Saúde (UBS), por Região de Saúde no Distrito Federal (DF).	20
Tabela 2 - Distribuição do quantitativo de enfermeiros(as) da APS, pesquisados(as) no Distrito Federal e nos municípios de Goiânia (Goiás), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul), com relação características sociodemográficas de interesse.	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Regiões de Saúde do Distrito Federal, com suas Regiões Administrativas e população correspondentes.....	37
Quadro 2 - Quantitativo de municípios da região Centro-Oeste, considerando as diferentes tipologias classificadas pelo IBGE, relacionados à totalidade de municípios nas mesmas tipologias no Brasil.....	43
Quadro 3 - Regiões de Saúde do município de Goiânia-Go, e suas respectivas Regiões Administrativas e quantitativo da população.....	44
Quadro 4 - Regiões de saúde do município de Cuiabá-MT, e suas respectivas Regiões Administrativas.....	47
Quadro 5 - Regiões de saúde do município de Campo Grande - MS e suas respectivas Regiões Administrativas e quantitativo da população.....	48
Quadro 6 - Quantitativo de enfermeiros(as) em atuação na APS, nos municípios urbanos selecionados para a pesquisa	50
Quadro 7 - Comparativo relacionado às atividades desenvolvidas durante a pandemia	70
Quadro 8 - Comparativo dos principais desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem	77
Quadro 9 - Comparativo das perspectivas pós-pandemia na enfermagem	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal contendo as Regiões Administrativas	38
Figura 2 - Mapa das Regiões de Saúde do estado de Goiás, e respectivas populações.....	39
Figura 3 - Mapa das 5 Macrorregiões de Saúde do estado de Goiás.....	39
Figura 4 - Distribuição das Regiões de Saúde do estado do Mato Grosso – MT e os respectivos municípios que compõem cada região	40
Figura 5 - Mapa das Regiões de Saúde do estado do Mato Grosso do Sul – MS e suas respectivas Microrregiões de Saúde.	42
Figura 6 - Mapa dos Distritos Sanitário Do município de Goiânia-GO.....	45
Figura 7 - Mapa ilustrativo dos Distritos Sanitários do município de Campo Grande – MS .	48
Figura 8 – saúde mental dos profissionais de saúde.....	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Casos de profissionais de enfermagem até junho de 2023	25
Gráfico 2 – Óbitos de profissionais de enfermagem até junho de 2023	26
Gráfico 3 – Profissionais contaminados por região brasileira até junho de 2023	27
Gráfico 4 - quantidade de óbito de profissionais de enfermagem até junho de 2023.....	27
Gráfico 5 - Instituição que se formou	56
Gráfico 6 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no Distrito Federal que possuem pós-graduação em nível de especialização na área de sua atuação.....	56
Gráfico 7 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no Distrito Federal que possuem pós-graduação em nível de especialização em áreas não relacionadas à sua atuação	56
Gráfico 8 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no município de Goiânia (Goiás) quanto a natureza de instituição formadora, pós-graduação, ano de conclusão graduação em enfermagem, e se possuem ou não pós-graduação <i>lato sensu</i> e/ou <i>stricto sensu</i>	58
Gráfico 9 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no município de Cuiabá (Mato Grosso) quanto a natureza de instituição formadora, pós-graduação, ano de conclusão graduação em enfermagem, e se possuem ou não pós-graduação <i>lato sensu</i> e/ou <i>stricto sensu</i>	58
Gráfico 10 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no município de Campo Grande (Mato Grosso do Sul) quanto a natureza de instituição formadora, pós-graduação, ano de conclusão graduação em enfermagem, e se possuem ou não pós-graduação <i>lato sensu</i> e/ou <i>stricto sensu</i>	58
Gráfico 11 - Tempo de atuação dos(as) enfermeiros(as) da APS pesquisados(as) no Distrito Federal.	59
Gráfico 12 - Tempo de atuação dos(as) enfermeiros(as) da APS pesquisados(as) no município de Goiânia (Goiás).	60
Gráfico 13 - Tempo de atuação dos(as) enfermeiros(as) da APS pesquisados(as) no município Cuiabá (Mato Grosso).	60
Gráfico 14 - Tempo de atuação dos(as) enfermeiros(as) da APS pesquisados(as) no município Campo Grande (Mato Grosso do Sul).	61
Gráfico 15 - Quantitativo de enfermeiros(as) pesquisados(as) de acordo com os tipos de Unidade Básica de Saúde e modelo de Estratégia da APS no Distrito Federal	61
Gráfico 16 - Quantitativo de enfermeiros(as) pesquisados(as) de acordo com os tipos de Unidade Básica de Saúde e modelo de Estratégia da APS no município de Goiânia (Goiás) .	62
Gráfico 17 - Modelo estratégia	62

Gráfico 18 - Quantitativo de enfermeiros(as) pesquisados(as) de acordo com os tipos de Unidade Básica de Saúde e modelo de Estratégia da APS no município de Cuiabá (Mato Grosso).	62
Gráfico 19 - Modelo estratégia	63
Gráfico 20 - Quantitativo de enfermeiros(as) pesquisados(as) de acordo com os tipos de Unidade Básica de Saúde e modelo de Estratégia da APS no município de Campo Grande (Mato Grosso do Sul).	63
Gráfico 21 – Modelo estratégia	63

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regionais de Enfermagem –

Covid-19 (Doença do Coronavírus)

DF – Distrito Federal

eMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SARS-Cov-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-Cov-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave)

SUS – Sistema único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	7
2.1 Geral	7
2.2 Específicos	7
3 REFERENCIAL TEÓRICO	8
3.1 A crise sanitária por covid-19 no Brasil	8
3.1.1 A Rede de Atenção à Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19	10
3.2 Aspectos históricos internacionais para caracterizar a APS no Brasil	11
3.2.1 APS no contexto do Centro Oeste	17
3.3 A prática do(a) enfermeiro(a) na atenção primária à saúde	21
3.3.1 A atuação do(a) enfermeiro(a) da Atenção Primária à Saúde no Contexto da Pandemia da COVID-19 – desafios e enfrentamento no cenário no Brasil	23
3.3.2 Atribuições dos PE na APS	28
3.3.2.1 Fatores dificultadores para a atuação dos Profissionais de Enfermagem.....	29
3.3.3 A atuação do(a) enfermeiro(a) da APS no contexto da pandemia da covid-19 – desafios e enfrentamento no cenário no Brasil	31
3.3.3.1 O que mudou com a pandemia da covid-19	33
4 PERCURSO METODOLÓGICO	34
4.1 Tipo de Pesquisa	34
4.2 Local do estudo	36
4.2.1 Distrito Federal	36
4.2.2 Região Centro-Oeste	38
4.2.2.3 Estado do Mato Grossos do Sul.....	41
4.2.3 Tipologia de Municípios	42
4.2.4 Os municípios urbanos selecionados para pesquisa	44
4.3 Sujeitos da Pesquisa	49
4.4 Coleta de Dados	50
4.5 Processamento e Análise dos Dados	51
4.6 Procedimentos Éticos	52
4.6.1 Produtos esperados	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	54

5.1 Perfil sociodemográfico dos(as) enfermeiros(as) da APS, participantes da pesquisa no Distrito Federal, e Goiânia - GO, Cuiabá - MT e Campo Grande – MS.....	54
5.1.1 Gênero, idade, raça/cor, renda, pós-graduação	54
5.1.2 Perfil de formação profissional dos(as) enfermeiros(as) da APS, participantes da pesquisa no Distrito Federal	56
5.1.3 Perfil de formação profissional dos(as) enfermeiros(as) da APS, participantes da pesquisa no município de Goiânia (Goiás), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul).....	57
5.1.4 Tempo de atuação dos profissionais pesquisados no Distrito Federal e nos municípios de Goiânia (Goiás), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul).....	59
5.1.5 Tipo de Unidades Básicas de Saúde e Modelos de Estratégia do trabalho dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no Distrito Federal e nos municípios de Goiânia (Goiás), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul)	61
5.2 Atuação dos enfermeiros(as) pesquisados(as) no enfrentamento à pandemia do covid-19	64
5.2.1 Atividades desenvolvidas durante a pandemia	64
5.2.2 Desafios enfrentados durante a pandemia	72
5.2.3 Pós-pandemia	80
6 CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICES	105
Apêndice 1 - Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	105
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	107
Apêndice 3 – Relatório Técnico	110
Apêndice 4 - Artigo.....	117

1 INTRODUÇÃO

O Brasil regularizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros através da Constituição Federal de 1988, quando foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é constituído por ações e serviços de saúde que são gerenciados pela gestão pública. É organizado por meio de redes regionalizadas e hierarquizadas e opera dentro de todo o território nacional, com gestão única no âmbito do governo de cada estado. Oferece ao povo brasileiro a oportunidade de ser inserido no sistema integrado e gratuito que se dedica a prevenção, promoção, e reabilitação da saúde de todos os brasileiros (CARVALHO, 2013).

O SUS está estruturado em diversos níveis de atenção, com a Atenção Primária à Saúde (APS) representando o ponto inicial. A APS tem por objetivo oferecer um atendimento amplo e acessível à comunidade, capaz de lidar com cerca de 80% a 90% das necessidades de saúde ao longo da vida de uma pessoa. Seu foco principal reside em cuidar das pessoas de maneira holística, indo além do tratamento de enfermidades específicas, buscando proporcionar assistência integral mais próxima do ambiente cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades. Este modelo engloba uma variedade de serviços, desde a promoção da saúde, como orientações para uma alimentação saudável e prática de exercícios físicos, até a prevenção por meio de vacinação e planejamento familiar. Além disso, abrange o tratamento de doenças agudas, controle de enfermidades crônicas, cuidados paliativos e reabilitação (OPAS, 2017).

A APS é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde; e que propõe mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde; orientando-se por meio de seus atributos essenciais e derivados. Como atributos essenciais Starfield (2002) classifica: a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; enquanto que os atributos derivados são a orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Sousa (2014), considera que a APS surgiu como estratégia para o alcance dos princípios do sistema de saúde da integralidade, equidade e universalidade, imprescindíveis aos sistemas de proteção social. Segundo a autora, APS, pode ser definida como um conjunto de ações que objetivam promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, realizando o tratamento com base nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.

Há de se reconhecer que o sistema de saúde brasileiro assume postura não apenas terapêutica, mas também profilática, transformando barreiras e humanizando o atendimento com foco principal na prevenção. Para atuar neste cenário foi criado o Programa de Agentes Comunitários (PACS) na década de 1990. Então com o surgimento do Agente Comunitário de

Saúde (ACS), que é o elo entre a população adstrita com a Unidade Básica de Saúde (UBS), a comunicação e os problemas e necessidades de saúde das populações foram melhor resolvidos. Houve a possibilidade do desenvolvimento de uma atenção de maneira integral para a melhoria das condições de vida das famílias (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

O Ministério da Saúde instituiu oficialmente em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujas origens remontam ao final da década de 1980. Originou-se como um projeto inicial em algumas regiões do Nordeste e em outras localidades, como o Distrito Federal e São Paulo, com o propósito de encontrar soluções para aprimorar as condições de saúde nas comunidades (BRASIL, 2023).

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, pelo Ministério da Saúde, a ideia principal do programa era a valorização das famílias na agenda das políticas públicas brasileira (ROSA, 2005). No ano de 1999 o programa passou por uma revisão e se tornou a Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando na atenção primária e trabalhando para promover uma melhor qualidade de vida aos usuários (MALTA *et al.*, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o eixo estruturante para a expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. A ESF pode ser entendida como um modelo de atenção à saúde no qual os profissionais desenvolvem o cuidado em saúde para famílias, grupos e comunidades socioculturais, com um compromisso ético de colaborar para mudar o paradigma biomédico de Promoção da Saúde (FERTONANI, 2015).

Ressalta-se, portanto, que a Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por ações individuais e coletivas, abrangendo promoção e proteção à saúde, prevenção de lesões, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Tecnologias de alta complexidade e baixa densidade são usadas para resolver problemas relevantes no território dos serviços de saúde (BRASIL, 2017; NASCIMENTO, 2017).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS)¹ tem como fundamentos:

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada principal do sistema de saúde, como território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância ao princípio de equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe, além da coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a

¹ Embora comumente usados no Brasil o termo Atenção Básica (AB), neste artigo utilizaremos o Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com o que preconiza a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e que em seu Art. 1º, Parágrafo Único destaca que “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.”

população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; avaliar e acompanhar sistematicamente os resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação; estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2017, p. 13).

No âmbito da atuação dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS), as diretrizes desses profissionais são estabelecidas pela Lei do Exercício Profissional - Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), bem como pela Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, regulamentada pela Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017). Essas práticas são embasadas em documentos técnicos do Ministério da Saúde, protocolos, diretrizes clínicas, normativas dos gestores federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal, e por regulamentações do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais de Enfermagem - Sistema COFEN/COREN.

Dentro de sua atuação na APS, conforme orienta a PNAB, os(as) enfermeiros(as) desempenham, além das responsabilidades gerenciais, atividades assistenciais específicas. Isso inclui consultas direcionadas a diferentes grupos de pacientes, como o pré-natal de baixo risco, acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, puericultura, atendimento a pessoas com doenças contagiosas, gestão e tratamento de problemas de saúde mental, entre outras ações voltadas às comunidades. Nesse contexto de atuação, está também a capacidade de prescrição de medicamentos e solicitação de exames (BRASIL, 2017).

É relevante ressaltar que, segundo as atribuições comuns estipuladas pela Política mencionada, os(as) enfermeiros(as) participam do processo de mapeamento e territorialização das áreas de atuação das equipes de saúde, identificando grupos, famílias e indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade. Além disso, realizam atividades como busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, assim como outros eventos de importância local para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde no território.

Conforme afirmado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018), na APS, a enfermagem desempenha um papel central e essencial na busca pelos objetivos da estratégia global de acesso à saúde e cobertura universal.

Sousa *et al.* (2021) enfatizam que a enfermagem brasileira tem exercido sua função política e social nos processos de saúde, doença e cuidado ao longo de décadas, considerando as particularidades de cada indivíduo, família e comunidade, e suas expectativas em relação à saúde. Destaca-se que a APS deve ser o ponto de referência para atender às diversas necessidades das pessoas nos variados espaços de organização das redes integradas de

saúde. Diante do exposto, quando se reflete sobre o cotidiano do trabalho dos(as) enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde, sobre suas práticas no escopo das ações e atribuições específicas, bem como no desenvolvimento daquelas atribuições comuns aos profissionais da APS; quer sejam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do modelo tradicional e/ou do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos territórios de saúde e em ambiente domiciliares nas comunidades, e por compreender a importância desses profissionais nas ações coletivas e individuais na atenção aos usuários dos serviços, somos motivados à busca da compressão sobre o seu processo de atuação no enfrentamento à pandemia da Covid-19, e das evidências que se apresentam a partir das análises de narrativas de profissionais que tenham vivenciado o crítico e sofrido contexto da crise sanitária ocasionada por esta pandemia.

Com o advento da Pandemia da Covid-19, o vírus SARS-Cov-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave), causador da doença Covid-19 (doença do coronavírus) foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como pandemia em 11 de março de 2020 e essa situação desafiou a capacidade de governança dos estados nacionais, que tiveram que lidar com a recuperação econômica e o combate à epidemia simultaneamente (NASCIMENTO, 2020). Com o surgimento da pandemia de COVID-19, rapidamente surgiu uma discrepância na compreensão e na execução das medidas governamentais entre o presidente e o ministro da saúde, resultando em uma série de atritos e confrontos entre o presidente e outras figuras ligadas às instituições do Executivo, Legislativo e Judiciário, além de governadores estaduais. Isso ocorreu através da utilização de diversos recursos estratégicos, como a ameaça de demissão e substituição de ministros e outros líderes governamentais, bem como coação e ameaças, tanto veladas quanto explícitas, contra outros atores, incluindo ministros do Supremo Tribunal Federal (STF), demonstrando uma preferência pelo confronto com indivíduos e instituições que contrariavam sua perspectiva e interesses (TEIXEIRA; SANTOS, 2023).

No início, muitos dos pacientes com surtos de doenças respiratórias causados por Covid-19 em Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo que a disseminação ocorreu de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa (SCHUELER, 2020).

Em âmbito mundial, a crise sanitária da pandemia da covid-19, foi devastadora, registrando altos índices de transmissão da doença e milhões de óbitos nos mais diversos países. Segundo a OMS (2023), até maio de 2023 foram registradas 6.921.614 (seis milhões novecentas e vinte uma mil seiscentas e quatorze) mortes causadas pela covid-19. No Brasil foram registradas 707.286 (setecentas e sete mil duzentas e oitenta e seis) mortes até o mês de

novembro de 2023, conforme dados apresentados pelo Governo Federal (2023). Os números são assustadores e apresentam a realidade de como foi a pandemia no início de 2020 e 2021, onde foram registrados os maiores picos de contaminação e morte.

Os profissionais da saúde foram os que primeiro sentiram o impacto com a chegada da pandemia. Foi onde também houve inúmeras mortes destes profissionais. Dados da OMS, em 2020, já registravam em torno de 115 mil mortes de profissionais por Covid-19 desde o início da pandemia (DUARTE; SILVA; BAGATINI, 2020).

Dados do Observatório da Enfermagem do COFEN registram que desde o início da pandemia até junho de 2023, 872 profissionais de enfermagem foram a óbito decorrente da covid-19 (enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem). A taxa de letalidade entre os(as) profissionais de enfermagem é de 2,27%. Ressalte-se que no Distrito Federal, 26 profissionais de enfermagem foram a óbito em decorrência da Covid-19, conforme dados do observatório referenciado (COFEN, 2022).

É crucial destacar que a pandemia do novo coronavírus provocou uma reestruturação organizacional abrangente em todo o ambiente de trabalho na área da saúde. Isso resultou na mobilização de praticamente todos os profissionais para lidar com a crise em diversos setores, incorporando o conhecimento e a prática dos trabalhadores não apenas para preservar vidas, mas também para fortalecer os sistemas e serviços de saúde (OPAS, 2021).

No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) emergiu como um elemento fundamental no combate à pandemia da Covid-19. Especialmente no gerenciamento do cuidado, ao detectar precocemente os casos, monitorá-los e encaminhar os mais graves para outros pontos de atendimento (MEDINA *et al.*, 2020).

Na APS, dentre os profissionais que atuaram fortemente no enfrentamento à pandemia da covid-19 no Brasil, estão os trabalhadores da enfermagem que vivenciaram as diversas situações de exposição aos riscos de infecção, tendo em vista a alta circulação do coronavírus especialmente nos períodos mais críticos desta grave crise sanitária. Afirma-se que os(as) enfermeiros(as) sempre estiveram atuando na chamada linha de frente da assistência. E de acordo com a FIOCRUZ (2020), entre todos os profissionais que lidam com os pacientes, os(as) enfermeiros(as) são os mais vulneráveis à contaminação por ter contato direto com os pacientes na maior parte do trabalho.

Há de se reconhecer que no contexto da crise sanitária mundial,

a atuação dos(as) enfermeiros(as) na APS em resposta à situação da pandemia da Covid-19 tem se dado com muita competência, especialmente seu papel educativo, de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos [...] (FERREIRA *et al.*, 2020, p. 20).

Sobre a atuação dos(as) enfermeiros(as) no cenário de pandemia da covid-19 no mundo e particularmente no Brasil, as autoras acima referenciadas consideram que:

As enfermeiras precisaram se (re)inventar no seu processo de trabalho, o novo contexto gerou a necessidade de elaborar e implantar novos fluxos e rotinas para realizar a atenção à saúde com segurança para si e para a população, (re)organizar a gestão do cuidado, (re)estabelecendo um plano de cuidados de forma a incluir e ampliar a atenção aos sintomáticos respiratórios e aos suspeitos da Covid-19, monitorar os casos da doença em isolamento domiciliar e seus familiares [...] (FERREIRA *et al.*, 2020, p. 20).

Assim sendo, justifica-se a realização desta pesquisa que se configura também, com base nesta pesquisa, como um estudo de dissertação do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Como relevância social, há a contribuição fundamentada à valorização da atuação do(a) enfermeiro(a) em cenários de: crise sanitária e humanitária de dimensão histórica; e de um território regional fora do eixo sul-sudeste, mais frequentemente explorado.

Em relação à relevância científica, há o registro histórico da perspectiva do trabalhador sobre a crise histórica vivenciada e suas repercussões. Contribuição analítica qualitativa, que avança em relação aos números de domínio público.

E quanto à relevância política/técnica, o estudo aborda a categoria da enfermagem na APS que, dentro da equipe multiprofissional, talvez tenha recebido as mais pesadas cargas de trabalho e doença, considerando as práticas profissionais e a desvalorização social e econômica (embora no Centro Oeste a faixa etária salarial encontrada seja maior).

Deste modo, tem-se como objeto de estudo a “atuação de enfermeiros(as) na Atenção Primária à Saúde no contexto a pandemia da Covid-19”. E nesta perspectiva, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa:

- Como se desenvolveu a atuação de enfermeiros(as) no cotidiano de trabalho da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19, em municípios da região Centro-Oeste e no Distrito Federal?

- Na atuação de enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19, em municípios da região Centro-Oeste e no Distrito Federal, como se configuram as possíveis potencialidades, limites e desafios observados no cotidiano do trabalho?

Com base nos objetivos descritos a seguir, buscou-se alcançar respostas às questões norteadoras desta pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a atuação de enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde (APS), no enfrentamento à pandemia da Covid-19 em municípios da região Centro-Oeste e no Distrito Federal.

2.2 Específicos

- Atualizar o perfil sociodemográfico e de formação profissional dos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) em atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios da região Centro-Oeste e no Distrito Federal.
- Compreender o processo de atuação dos enfermeiros(as) pesquisados(as) na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios da região Centro-Oeste e no Distrito Federal, no enfrentamento à pandemia do Covid-19.
- Apresentar potencialidades, limites e desafios da atuação dos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as) na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios da região Centro-Oeste e no Distrito Federal, no enfrentamento à pandemia do Covid-19.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A crise sanitária por covid-19 no Brasil

O surto dessa enfermidade teve início em dezembro e é desencadeado por uma nova variante de coronavírus (inicialmente chamada de 2019-nCoV e, atualmente, denominada SARS-CoV-2 ou COVID-19) (NASCIMENTO *et al.*, 2020). Trata-se de um vírus de RNA pertencente à ordem Nidovirales, família Coronaviridae. Os vírus SARS-CoV, MERS-CoV e COVID-19, pertencentes à subfamília Betacoronavírus, têm a capacidade de infectar mamíferos exclusivamente. São altamente patogênicos e responsáveis por causar síndromes respiratórias e gastrointestinais. Além desses três, existem outros quatro tipos de coronavírus que podem desencadear doenças no trato respiratório superior e, em alguns casos, no inferior, especialmente em pacientes imunodeprimidos, bem como afetar especificamente crianças, indivíduos com condições médicas subjacentes, jovens e idosos (SCHUELER *et al.*, 2020).

Inicialmente, um grande número de pessoas que desenvolveram surtos de doenças respiratórias devido à COVID-19 em Wuhan, China, estava ligado ao frequente contato com um mercado extenso que vendia frutos do mar e animais vivos. Essa correlação sugeria que a disseminação da doença se originou nos animais e se propagou para os seres humanos. No entanto, um número crescente de pacientes aparentemente não teve contato com esse mercado, o que sugere a possibilidade de transmissão direta entre pessoas (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Determinados estados como Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Ceará, São Paulo, Rio de Janeiro e Roraima estão em situação de emergência, estando 50% acima da média nacional de incidência de casos de coronavírus, e, portanto, necessitam redobrar os cuidados com a prevenção da propagação do vírus (FIOCRUZ, 2020).

A vigilância epidemiológica da infecção humana pelo novo coronavírus foi sendo desenvolvida à medida que a Organização Mundial da Saúde (OMS) compilava informações fornecidas pelos países e à medida que novas evidências técnicas e científicas eram publicadas (PINA; CAPES, 2020). De acordo com Cohn e Pinto (2021) a pandemia da Covid-19 no caso brasileiro, o país contou com um fator altamente positivo: a existência de um sistema de saúde público e universal, fato nada trivial no âmbito global, em se tratando de uma nação com mais de 208,5 milhões de habitantes, segundo dados do IBGE, 2018. No entanto, os desafios no enfrentamento da pandemia num país de dimensões continentais e com uma realidade marcada por desigualdades sociais de toda ordem, desde renda, gênero, raça, etnia, que se traduzem em brutais desigualdades nas condições e qualidade de vida de seus cidadãos, são imensos.

O Covid-19, porém, caracterizou-se, dentre outras coisas, pelo fato de ser um vírus desconhecido, e, portanto, não havia ainda protocolos de tratamento definidos, não havia vacina para proteger a população da contaminação, e era extremamente rápida na sua disseminação e evolução. Esses fatores, conjugados, configuram o Covid-19 como uma ameaça extremamente agressiva e com alto grau de periculosidade para a coletividade (OPAS, 2021). Demandava-se respostas do Estado e da sociedade que abarcassem ações e práticas sociais que teriam de ser definidas por novos padrões de solidariedade social. Tanto no sentido da responsabilidade dos cidadãos, de um novo padrão de inteligência cívica, quanto no sentido de acionamento por parte do Estado de políticas e programas sociais já existentes ou de reinvenção de novos mecanismos de proteção social (BRANCO *et al.*, 2020).

Neste contexto, o estudo de Brandão *et al.* (2022) abordou a governança federal na gestão da APS para enfrentar a pandemia da Covid-19 no Brasil. Destacou-se a importância da coordenação entre os diversos níveis governamentais e instituições de saúde para uma resposta eficaz à crise sanitária. Foram discutidos os desafios enfrentados na gestão da APS durante a pandemia, como a falta de recursos e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. A pesquisa enfatizou a necessidade de políticas públicas mais eficazes e investimentos para fortalecer a APS como uma estratégia central no combate à pandemia.

O estudo verificou o papel do Ministério da Saúde (MS) na promoção e participação de debates relacionados à Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Os autores destacaram a falta de resposta eficaz por parte do MS, influenciada pela agenda negacionista da Presidência da República, que resultou em uma abordagem de negação, morosidade e omissão diante das propostas e posicionamentos de diferentes setores, incluindo universidades e movimentos sociais. A pesquisa critica a postura do MS, que hierarquizou o processo de tomada de decisões de forma militarizada e verticalizada, prejudicando o planejamento participativo e cientificamente embasado. Aponta-se que essa postura comprometeu o sucesso das políticas de enfrentamento à pandemia, especialmente nos municípios onde a APS desempenha um papel fundamental. O estudo destaca a importância de reflexões sobre esses equívocos para evitar sua repetição em futuras crises de saúde pública e reconhece o esforço dos profissionais de saúde que enfrentaram condições adversas na linha de frente contra a COVID-19 (BRANDÃO *et al.*, 2022).

Mota *et al.* (2023) destaca a expectativa de que países com sistemas de saúde públicos e universais oferecessem respostas mais eficazes à pandemia, embora isso não tenha sido totalmente confirmado. Países de alta renda, com menor população e maiores gastos em saúde, foram associados a melhores performances. Apesar da gestão temerária do governo federal

brasileiro, o SUS foi reconhecido como essencial para evitar um maior número de mortes. Embora tenha havido investimento significativo no atendimento hospitalar, a APS foi fundamental em muitos municípios brasileiros. No entanto, houve uma oportunidade perdida para uma atuação mais ampla da APS, com as respostas à pandemia sendo influenciadas pelos modelos organizacionais da APS e pelas condições sociopolíticas locais.

Infelizmente muitas famílias brasileiras, foram atingidas pelo coronavírus, o Brasil teve registrado até 17 de outubro de 2023, 706.276 mortes por complicações da covid-19 (PODER360, 2023).

3.1.1 A Rede de Atenção à Saúde no enfrentamento à pandemia da Covid-19

A resposta à pandemia no país requer transformações significativas na prestação dos cuidados de saúde e uma reorganização completa da rede assistencial. Para otimizar o uso dos recursos disponíveis, é vital integrar as estruturas de teleatendimento com os serviços de atendimento pré-hospitalar (SAMU-COVID) e a regulação de leitos pelo SUS. A implementação de protocolos de triagem e classificação dos casos, dividindo-os em leves, moderados e graves, com ou sem risco de complicações, é crucial para respaldar tanto as decisões do teleatendimento de emergência quanto as da APS (OPAS, 2020). Uma comunicação integral e consistente entre todos os componentes do sistema de saúde e para a população é fundamental e deve ser estabelecida com urgência para assegurar sua eficácia e transparência (CDC, 2020).

Embora as grandes mudanças nos fluxos e na organização da rede de atenção possam parecer desafiadoras, todas as evidências indicam que manter as práticas habituais resultará em uma disseminação maior da doença e na utilização ineficiente de recursos. A habilidade do sistema de saúde para salvar vidas durante essa pandemia dependerá não somente do número de leitos de UTI e respiradores, mas também da organização da rede de atenção para garantir um acesso oportuno a esses leitos, além de manter as linhas de cuidado para outras condições e lidar com emergências de diversas naturezas. As estratégias específicas para essa organização devem ser adaptadas conforme o contexto, respeitando premissas gerais e a capacidade de resposta local, levando em conta a vasta extensão e a heterogeneidade do Brasil. Para as grandes áreas metropolitanas, onde a doença tem se propagado mais rapidamente, muitas melhorias podem ser feitas utilizando as estruturas já existentes, complementadas por novas iniciativas (GIOVANELA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

É crucial reconhecer que todos os esforços de reorganização serão limitados em seus resultados caso as deficiências das nossas redes de atenção, que são frágeis e fragmentadas, não sejam resolvidas. Em muitos lugares do Brasil, a APS ainda é insuficiente para enfrentar emergências como esta, dependendo de serviços efetivos e direcionados à comunidade. Apesar dos avanços na expansão da APS ao longo das últimas décadas, a falta de mecanismos para garantir sua sustentabilidade continua ameaçando a continuidade do cuidado em todo o país (GIOVANELA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). A falta de coordenação entre os níveis de assistência e a ausência de fluxos sistêmicos na rede de atenção à saúde, já problemáticas anteriormente (VIANA *et al.*, 2018), tornaram-se ainda mais críticas durante a pandemia, destacando a necessidade de estratégias que permitam às equipes de APS coordenar efetivamente os cuidados.

A epidemia chegou ao país após a adoção do teto de gastos para saúde e educação (Emenda Constitucional nº 95), que congelou ou diminuiu os recursos destinados à saúde. Simultaneamente, políticas importantes e estruturantes para a APS foram duramente atacadas. Entre elas, destaca-se o Programa Mais Médicos, voltado para oferecer atendimento médico em locais remotos e periferias urbanas, cuja interrupção agravou a falta de assistência em áreas altamente vulneráveis (BRASIL, 2016). Além disso, o modelo de financiamento para a atenção básica imposto pela gestão anterior, ameaçava a universalidade do sistema (GIOVANELA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Apesar da possível alocação de novos recursos para o SUS durante a pandemia, não se pode ignorar o impacto prejudicial do crônico e histórico subfinanciamento do SUS na saúde da população, que em sua maioria depende exclusivamente deste sistema.

Apesar das limitações evidentes, o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no combate à pandemia tem sido inegável. A quase unanimidade no reconhecimento da necessidade de mais recursos para que o sistema possa lidar com essa crise torna este momento particularmente propício para reforçar e financiar adequadamente o SUS. Além disso, essa crise sanitária grave ressalta a posição crucial da Atenção Primária à Saúde (APS) para garantir o acesso aos cuidados de saúde e abordar os fatores determinantes da saúde diante de um desafio emergente. Dar prioridade à APS, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e fortalecendo todos os seus aspectos (STARFIELD, 2002).

3.2 Aspectos históricos internacionais para caracterizar a APS no Brasil

Ao longo da década de 1970, estimulados e apoiados pela Organização Pan-Americana de Saúde, vários Departamentos de Medicina Preventiva foram criados nas universidades. Passaram a constituir espaços importantes, no campo sanitarista, para a construção das bases teórico-metodológicas e a articulação do movimento contra-hegemônico ao do modelo privatista. Configuraram, assim, o autodenominado Movimento pela Reforma Sanitária dos anos 1970-1980 (ANDRADE *et al.*, 2006).

No Brasil em 1975, mediante a Lei n. 6229, cria-se o Sistema Nacional de Saúde, em que se legitima a pluralidade institucional. A Previdência Social seria responsável pela assistência individual e curativa e o Ministério da Saúde, por meio das secretarias estaduais de saúde, por cuidados preventivos e de alcance coletivo, acarretando assim uma divisão entre ações tecnicamente indivisíveis (LEITE; ROLIM, 2019). Data desta época o Projeto Xingu, levado a termo pelo Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp, por exemplo.

Em 1978, realizava-se a I Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, cujas propostas de atenção primária à saúde iam a seu encontro e instrumentalizariam o Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, na reafirmação da necessidade das políticas compensatórias do Estado, voltadas aos grupos sociais excluídos (SUMAR; FAUSTO, 2014). A I Conferência de Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata (1978) tendeu à priorização da assistência preventiva, sem deixar de lado os aspectos curativos e de reabilitação.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, mediante a promulgação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, teve como propósito primordial cumprir os princípios constitucionais de assegurar o acesso universal às ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Para isso, foram estabelecidos mecanismos normativos para a operação e gestão do sistema, visando regulamentar a assistência à saúde no país. A estruturação da saúde no Brasil foi então delineada em diversos níveis de cuidados, cada um adaptado à complexidade dos serviços oferecidos, dando origem à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentro desse contexto, a atenção primária desempenha um papel essencial na organização da rede, atuando como ponto inicial de acesso aos serviços assistenciais (OLIVEIRA, 2021).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, a população no Brasil era de, aproximadamente, 209.611.800 habitantes. Sendo assim, garantir o acesso de saúde, nos termos do SUS, é um grande e complexo desafio. Nesse sentido, a gestão do sistema precisa ser feita de modo eficiente e eficaz para que seja possível oferecer serviços de saúde de qualidade a todos os brasileiros. O SUS foi criado com o objetivo de oferecer serviços de saúde à população brasileira, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988. Esse sistema é pautado por princípios ideológicos (doutrinários) e organizativos. Os princípios

ideológicos do SUS são universalização no acesso, equidade e integralidade do cuidado. Os princípios organizativos do SUS incluem regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, resolubilidade e participação popular (BRASIL, 2009).

Princípio da universalização: a Constituição Federal de 1988 expressa, no art. 196, que a saúde é direito de todos os cidadãos brasileiros e deve ser garantida pelo Estado, por meio de políticas públicas que sejam capazes de oportunizar o acesso universal e igualitário a serviços e ações de saúde em todo o território brasileiro. O princípio da universalização é a concretização da prerrogativa constitucional, a qual determina que todos os cidadãos brasileiros tenham o direito, sem nenhum tipo de discriminação, de serem atendidos nas unidades de saúde do Brasil de forma gratuita (RIBEIRO; MARCONDES, 2021).

Princípio da equidade: de acordo com esse princípio, é preciso tratar as pessoas respeitando suas diferenças, oferecendo mais a quem precisa mais, ou seja, devem ser realizados maiores investimentos nas áreas em que as carências são maiores. Com isso, busca-se reduzir as desigualdades (RIBEIRO; MARCONDES, 2021).

Princípio da integralidade: segundo esse princípio, as pessoas devem ser tratadas de forma integral, evitando-se a fragmentação do cuidado. Além disso, as ações de saúde devem ser planejadas de forma a promover e proteger a saúde e tratar adequadamente o paciente, recuperando sua saúde e reabilitando-o para que possa voltar às suas atividades normais. Para garantir a abordagem integral, o sistema foi organizado em diferentes níveis de complexidade de atendimento (RIBEIRO; MARCONDES, 2021).

Princípio da regionalização e hierarquização: configura-se na conformação dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, delimitados em áreas geográficas singulares. Nesse sentido, ações e serviços de saúde devem ser projetados segundo dados epidemiológicos e demográficos da população a ser assistida.

A hierarquização deve ser feita por intermédio da separação dos serviços em níveis de complexidade distintos, de modo a oferecer o serviço adequado às necessidades individuais dos usuários. A atenção primária se dá no primeiro contato das pessoas, famílias e comunidades ao aproximar os serviços de saúde dos locais onde os usuários residem. Nesse sentido, ao precisar de um serviço de saúde, o indivíduo deverá procurar a unidade de saúde mais próxima de sua residência para que receba atendimento (BRASIL, 2009)

A evolução da APS no Brasil marcou um ponto crucial com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), que se tornou o principal modelo de organização dos serviços de APS no país. Ao longo de 27 anos desde sua implementação, o Brasil alcançou uma cobertura de mais de 75% da

população atendida pela APS, com 64% desses atendimentos ocorrendo por meio da ESF, evidenciando sua relevância na prevenção de doenças de natureza coletiva (EEP, 2023).

A contribuição da Enfermagem brasileira foi significativa na expansão e aprofundamento dos atributos essenciais e derivados da APS. Ela se destaca no acesso inicial do usuário aos serviços, na continuidade do cuidado, na abordagem integral, na coordenação do cuidado, na orientação familiar e comunitária, além da competência cultural. Isso estabelece vínculos interprofissionais com a população e tem como objetivo oferecer práticas acolhedoras e solucionadoras, adaptadas a ações individuais ou coletivas, reconhecendo a singularidade de cada pessoa. Essas ações devem se pautar nos valores, princípios e diretrizes que promovem, previnem, tratam, reabilitam e curam nos processos de saúde-doença-cuidado (SOUSA, 2021).

É bem conhecido que os(as) enfermeiros(as) na APS desempenham um papel significativo no aprimoramento do acesso aos serviços de saúde para a população, melhorando a qualidade do cuidado prestado a indivíduos e comunidades de maneira humanizada, consistente, contínua e resolutiva, fortalecendo assim os sistemas de saúde pública no país. Além disso, contribuem para o desenvolvimento de papéis avançados de enfermagem na APS, seguindo a tendência que já ocorre há mais de seis décadas em diversos países, o que pode estrategicamente favorecer a consolidação da Enfermagem como uma corporação profissional e científica, e da Atenção Primária à Saúde no Brasil (SOUSA, 2021).

Atualmente, a garantia da qualidade na atenção e na gestão é um dos principais desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que deve obrigatoriamente abranger os princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social conforme a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. O trabalho em saúde, enquanto uma construção de saberes e práticas emergentes no contexto da micropolítica, tem o potencial de revelar como é governada a produção do cuidado através de fluxos de competências, produção e reapropriação de necessidades, desejos, demandas, soluções e limitações que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde (GALAVOTE, 2016).

Embora se reconheçam as diversas conquistas do SUS no acesso aos serviços de saúde como um direito de cidadania para os usuários, é importante destacar que a construção de um modelo de atenção à saúde integral, familiar e comunitária ainda é um desafio significativo. Há a necessidade de discutir elementos discursivos e sociais relacionados ao modelo biomédico predominante no SUS, considerando as ineficiências, efetividades, iniquidades e insatisfação da população em territórios complexos de um país extenso e com profundas desigualdades. Esse modelo, centrado no conhecimento biológico, na instituição hospitalar e nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos direcionados ao médico, reforça a supremacia do

poder médico e gera espaços de conflito e disputa de várias naturezas, incluindo aquelas relacionadas à Enfermagem (SOUSA, 2021).

Na APS, são implementadas várias abordagens, incluindo, por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF), também reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF opera por meio de equipes de saúde que prestam assistência em áreas geográficas e a populações claramente definidas. As atividades de promoção da saúde ocorrem tanto nas unidades de saúde quanto nas residências dos pacientes e na comunidade em geral (SANTOS *et al.*, 2018).

As unidades de saúde da atenção básica devem oferecer ações direcionadas à promoção de saúde, à prevenção de doenças e agravos, ao tratamento e à reabilitação. Para isso, o MS instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como elo de aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade. A ESF é uma tática de expansão, qualificação e consolidação da APS, o que favorece um redirecionamento do processo de trabalho, com aprofundamento de princípios e diretrizes do SUS. Além disso, ela busca a ampliação da resolutividade e do impacto da saúde individual e coletiva, propiciando, ainda, uma relação custo-efetividade fundamental (MENDES, 2011).

A coordenação do cuidado, realizada pela APS, deve se desenvolver por meio de práticas de gestão democráticas e participativas, envolvendo toda a equipe multiprofissional, dirigidas à população adstrita a cada equipe de saúde da família. Nesse território adstrito, a equipe de saúde deve assumir a responsabilidade sanitária, identificando situações de vulnerabilidade e realizando intervenções capazes de melhorar a qualidade da saúde da comunidade (BRASIL, 2017). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a gestão das unidades de saúde da atenção básica faz parte, na maioria das vezes, da competência dos(as) enfermeiros(as), os quais, além de trabalhar na assistência aos pacientes, desempenham funções administrativas e de gestão da equipe multiprofissional. Por essa razão, é preciso que os(as) enfermeiros(as) estejam aptos a desempenhar a função de gerenciamento das unidades básicas de saúde (UBS) de forma eficiente e eficaz (SILVA, 2010).

A criação do SUS teve como objetivo proporcionar aos cidadãos brasileiros o acesso universal, igualitário e gratuito a ações, programas e serviços de saúde em todo o território nacional. Contudo, o SUS não se resume a apenas tratar doenças, ele oferece, além das consultas médicas, exames e procedimentos, programas de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, continuidade do cuidado, entre outros (BRASIL, 2014).

As ações e os programas de saúde desenvolvidos na atenção primária buscam oferecer linhas de cuidado e proteção da saúde, aproximando a comunidade das UBSs e facilitando o

acesso aos serviços disponibilizados. Alguns programas que fazem a diferença na atenção básica estão descritos a seguir.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado no ano de 1994 e se tornou o alicerce da atenção primária em todo o Brasil. O impacto da implementação do PSF no Brasil foi tão grande que, em 2003, ele ganhou o status de estratégia, passando a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A premissa fundamental da ESF é aproximar a comunidade dos profissionais de saúde, proporcionando meios para a formação de vínculo entre as equipes multiprofissionais de saúde, a família e a comunidade. A formação de vínculo contribui para que os profissionais compreendam a realidade local, realizem o perfil epidemiológico da população a ser assistida e favoreçam a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB, a equipe multiprofissional da ESF deve ser composta, no mínimo, por:

- um médico generalista ou médico de família e comunidade ou especialista em saúde da família;
- um(a) enfermeiro(a) generalista ou especialista em saúde da família; um(a) auxiliar ou técnico(a) em enfermagem;
- agentes comunitários de saúde (ACSs).

A equipe mínima pode ser complementada por:

- cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família;
- auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Cada equipe multiprofissional de saúde da família deve se responsabilizar por, no máximo, 4 mil usuários, respeitando-se o princípio da equidade. Na territorialização, é preciso levar em consideração o grau de vulnerabilidade das pessoas.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado com o objetivo de consolidar a atenção básica no Brasil, além de ampliar as ofertas de serviços de saúde na RAS, qualificando os serviços e aumentando a abrangência e a resolutividade dos serviços oferecidos, foi criado, em 2008, o NASF-AB.

Esses núcleos são constituídos por equipes multiprofissionais que trabalham de modo integrado com as ESFs, equipes de atenção básica para populações específicas, como equipes ribeirinhas e fluviais, consultórios na rua e pelo Programa Academia da Saúde. Esse trabalho integrado proporciona a realização de discussões de casos clínicos e o atendimento de pacientes de forma compartilhada na unidade básica ou em visita domiciliar. Além disso, o

compartilhamento de informações permite a construção integrada de planos terapêuticos, de modo a ampliar e qualificar as ações de saúde nas comunidades (GONÇALVES *et al.*, 2015).

As ações realizadas pelos NASF-AB podem ser intersetoriais, tendo como eixo norteador as ações de proteção e promoção de saúde e a prevenção de doenças e agravos. As equipes do NASF-AB podem ser compostas por diferentes profissionais:

- médicos — ginecologista/obstetra, pediatra, homeopata, do trabalho, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica);
- fisioterapeuta; farmacêutico; fonoaudiólogo, nutricionista;
- médico veterinário;
- terapeuta ocupacional;
- profissional com formação em arte e educação (educador de arte);

Profissional de saúde sanitaria (profissional graduado na área de saúde, profissional de saúde sanitaria (profissional graduado na área de saúde, pós-graduado em Saúde Pública ou Coletiva ou graduado nessas áreas).

3.2.1 APS no contexto do Centro Oeste

A Atenção Primária à Saúde e os cuidados básicos de saúde consistem em um conjunto de ideias formuladas ao atendimento, suprimindo as necessidades de assistência aos indivíduos, famílias e populações; e mantendo compromisso com as práticas de melhorias de atendimentos humanizados (MENDES, 2011). O modelo tradicional da Atenção Primária é composto por Centros de Saúde e Postos de Saúde. A partir de 1997, foi iniciada a implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) no DF para atender os vazios assistenciais. As demais 76 Unidades Básicas são distribuídas da seguinte forma: seis Centros de Saúde, que alojam de um até cinco Equipes de Saúde da Família; 40 Postos de Saúde e 30 casas alugadas, cada casa com até duas Equipes de Saúde da Família - ESF.

Todas essas equipes multiprofissionais devem se responsabilizar pela população de um determinado território. Na Estratégia Saúde da Família estão distribuídas 120 Equipes de Saúde da Família (ESF) completas, caracterizadas pela promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; e, ainda, identificando o papel fundamental dos sujeitos e sua comunidade como responsáveis pela sua saúde e qualidade de vida, numa abordagem tanto individual quanto coletiva (BRASIL, 2010).

Santos (2007) esclarece que as unidades relacionadas à APS (considerando-a um conceito novo) antes tinham propostas nem sempre claras, mas visando a atender a um sistema

social em prol do capitalismo. Com a perspectiva de controlar agravos transmissíveis, perdendo parte de sua importância com a medicalização, a APS passou pela transformação de suas unidades em locais que atendem especificamente grupos de risco ou ciclos de vida. As chamadas unidades básicas de saúde (UBS) ou similares (dentro de uma variação temporal e, por vezes, local/regional) assumem perspectivas pautadas pela reforma sanitária e por outros movimentos das últimas décadas.

O Centro-Oeste do Brasil compreende cinco estados: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, além do Distrito Federal. Cada capital desses estados apresenta características específicas em relação à APS (SES, 2022).

Os serviços da APS do Distrito Federal têm recebido poucos investimentos estruturantes ao longo dos anos, tornando-os insuficientes e pouco resolutivos. Brasília, como capital do país, possui uma estrutura de saúde diferenciada, com uma rede de atenção primária bem estabelecida. O Distrito Federal tem implementado políticas de APS com foco na integralidade do cuidado e na atenção básica como porta de entrada no sistema de saúde. Historicamente, o DF tem investido na estruturação de equipes multiprofissionais de saúde da família e na expansão da cobertura da ESF (MENDES, 2009).

Goiânia (GO) tem avançado na consolidação da APS, com políticas que priorizam a atenção básica e a promoção da saúde. O município tem investido em estratégias como a ampliação da cobertura da ESF, a qualificação das equipes de saúde e a integração com outros níveis de atenção à saúde (SES, 2022).

Em Cuiabá (MT), a APS tem sido fortalecida ao longo dos anos, com a implementação de políticas que valorizam a atenção primária como pilar fundamental do sistema de saúde. O município tem buscado ampliar a cobertura da ESF, investir na capacitação de profissionais e na melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde (SES, 2022).

Campo Grande (MS) tem realizado esforços para fortalecer a APS, com políticas que visam aprimorar a qualidade e a resolutividade da atenção básica. O município tem investido na expansão da ESF, na informatização dos serviços de saúde e na integração com outros pontos de atenção à saúde (SES, 2022).

No geral, as capitais do Centro-Oeste têm avançado na consolidação da APS, reconhecendo sua importância na promoção da saúde e na prevenção de doenças. No entanto, ainda há desafios a enfrentar, como a garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde, a melhoria da qualidade do atendimento e o enfrentamento das desigualdades regionais. Cada estado e o Distrito Federal se encontram em estágios diferentes de desenvolvimento da APS,

refletindo as particularidades locais e as políticas de saúde adotadas ao longo do tempo (SES, 2022).

Atualmente os contratempos identificados na APS são os baixos níveis de cobertura da população atendida pela ESF, a falta de infraestrutura, a ausência de equipamentos utilizados pela equipe na assistência e pouca interação entre os profissionais.

O principal desafio é expandir e qualificar a Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal e, através disso, restabelecer a Atenção Primária, contribuir para a formação de redes de atenção à saúde e buscar a reorganização do sistema por meio dos recursos físicos, humanos e financeiros, atendendo assim, os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica à Saúde. Outro ponto importante aspecto é fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e expressão da qualidade de vida e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social (BRASIL, 1998).

A Estratégia Saúde da Família hoje tem um papel periférico na organização da APS do DF com equipes dispersas nas Regiões de Saúde, sem nenhuma condição para exercer seu papel de ordenadora das redes de atenção à saúde, o que reduz sensivelmente a capacidade de atender às necessidades de saúde e aumenta a demanda da população de forma expressiva nas portas das emergências dos serviços hospitalares (MENDES, 2016).

A Secretaria de Saúde do DF adota a visão da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, o que significa compreendê-la como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2016).

A organização dos serviços parte da reestruturação e ampliação das portas de entrada do usuário no sistema de saúde. Em relação à APS, como primeiro e mais amplo nível de contato do cidadão com o Sistema de Saúde da gestão da Atenção Primária na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, estava estruturada, no nível central, como uma diretoria diretamente subordinada a Subsecretaria de Atenção à Saúde -SAS. Com atribuições e a responsabilidade da SAS, a atenção hospitalar e ambulatorial de referência à APS, de urgência/emergência e de apoio diagnóstico terapêutico, geraram algumas dificuldades na priorização de ações voltadas para o fortalecimento da atenção primária à saúde no DF (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

A implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) nas Unidades Básicas de Saúde está em estreita consonância com a Atenção Básica que se orienta pelos princípios da acessibilidade, da coordenação, do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da

responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Os serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal representam um salto qualitativo importante e deve ocorrer gradualmente, com o apoio da Coordenação da Política de Humanização do Distrito Federal (BRASIL, 2009)

O Governo do Distrito Federal (GDF) publicou a Portaria\SES-DF n° 77 de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção à Saúde do DF e a Portaria\SES-DF n° 78 de 14 de fevereiro de 2017 que regulamenta o artigo n° 51 da Portaria n° 77 de 14 de fevereiro de 2017. A finalidade destas portarias é fazer com que todas as Unidades Básicas funcionem por meio de equipes de Saúde da Família.

De acordo com o GDF, as 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes serão convertidas no decorrer de todo o decurso para 110 equipes formadas por três médicos, três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Além do mais, o GDF estabeleceu um prazo de 45 dias para cada superintendência elaborar e apresentar seu planejamento de conversão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal, vale destacar que em 2017, foi reestruturada a partir da implantação do Projeto de Conversão da Atenção Primária para a Estratégia Saúde da Família (CONVERTE). Tal implantação procedeu à publicação da Portaria SES-DF n° 77 de 14/02/2017 que estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e da Portaria SESDF n° 78 de 14/02/2017, a qual regulamenta o artigo 51 da Portaria 77, disciplinando o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde (APS) ao modelo de Estratégia de Saúde da Família estabelecendo normas e prazos para o processo de implantação (DITRITO FEDERAL, 2019c).

A proposta de reestruturação se deu a partir da lógica da ordenação do cuidado à saúde a partir da Atenção Primária como porta de entrada preferencial; não excluindo a necessidade de atendimento por outros serviços, e baseada na Estratégia Saúde da Família. Neste contexto a Atenção Primária à Saúde passou então, a ter papel primordial no processo de coordenação e integração do cuidado e não representa mais apenas a “porta de entrada” no sistema de saúde (DITRITO FEDERAL, 2019c).

O Distrito Federal hoje dispõe de 172 Unidades Básicas de Saúde, as quais estão distribuídas, conforme apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Quantitativo de Unidades Básicas de Saúde (UBS), por Região de Saúde no Distrito Federal (DF).

Região de Saúde	Nº de UBS
-----------------	-----------

Central	9
Centro-Sul	19
Leste	28
Norte	34
Oeste	26
Sudoeste	34
Sul	22
Distrito Federal	172

Fonte: Distrito Federal (2019)

3.3 A prática do(a) enfermeiro(a) na atenção primária à saúde

A prática clínica do(a) enfermeiro(a) abarca habilidades técnicas relacionadas às suas ações e habilidades teóricas associadas ao conhecimento da profissão, as quais têm um impacto direto ou indireto no estado de saúde do paciente. A Lei do Exercício Profissional (LEP) nº 7.498/86 descreve algumas das atividades desempenhadas pelo(a) enfermeiro(a), especialmente na APS: oferecer cuidados de saúde para indivíduos e famílias em unidades de saúde, domicílios e espaços comunitários; realizar consultas de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo; solicitar exames complementares; prescrever e encaminhar usuários a outros serviços de acordo com regulamentações legais e protocolos estabelecidos a nível federal, estadual, municipal ou distrital; atender a demandas espontâneas; planejar e gerenciar as atividades dos agentes comunitários de saúde; participar e conduzir atividades de educação permanente para a equipe de enfermagem e outros profissionais; e gerenciar os recursos necessários para o funcionamento das unidades de saúde (BRASIL, 2012c).

Baseada na LEP, a consulta de enfermagem é uma atividade privativa do(a) enfermeiro(a) e deve seguir os princípios do SUS, visando melhorar a qualidade de vida da população através da promoção da saúde e prevenção de doenças ou agravos. Estas ações são mediadas por uma abordagem contextualizada e participativa (COSTA *et al.*, 2012). Através da consulta de enfermagem, utilizando seu raciocínio clínico, o(a) enfermeiro(a) consegue identificar problemas, estabelecer diagnósticos de enfermagem e elaborar um plano de cuidados adequado às necessidades individuais (MARTINS *et al.*, 2011; CERULLO, CRUZ, 2010).

Na APS, a consulta clínica apresenta três aspectos importantes a considerar. O primeiro diz respeito à estrutura, englobando a infraestrutura do ambiente, elementos físicos, organizacionais e tecnológicos. O segundo aspecto refere-se aos processos envolvidos na consulta, incluindo a comunicação e a relação dialógica entre profissional e paciente. Por fim, o terceiro aspecto relevante consiste nos resultados, que envolvem a percepção do paciente

sobre a assistência recebida e a visão do profissional sobre a adesão ao tratamento e ao plano proposto (RAMOS *et al.*, 2012).

A prática clínica na consulta de enfermagem também envolve o diagnóstico das situações de saúde com base nos problemas relatados pelas pessoas que procuram os serviços da APS. Nesse sentido, é importante esclarecer que um problema clínico se refere a uma situação que demanda um diagnóstico para a posterior elaboração de um plano de ação. Para uma melhor compreensão dessa prática, vale ressaltar que, enquanto a medicina utiliza classificações diagnósticas oficiais, como o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), na APS, muitos problemas ou necessidades em saúde não se enquadram nessas classificações. A enfermagem possui seu próprio diagnóstico, denominado diagnóstico de enfermagem (RAMOS *et al.*, 2012).

As consultas representam práticas estratégicas e autônomas no trabalho do(a) enfermeiro(a), possibilitando a compreensão das necessidades dos usuários e a identificação de problemas clínicos que guiam a formulação do plano de cuidados. Esse processo reforça a presença e relevância do(a) enfermeiro(a) no dia a dia da Atenção Primária à Saúde (APS). É a partir desse fortalecimento da profissão que surge a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (ALVES *et al.*, 2013).

A SAE, estabelecida em 2000 pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da Resolução nº 272, posteriormente revogada em 2009 pela Resolução nº 358, versa sobre a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes de assistência prestada por enfermeiros(as), sejam eles públicos ou privados (COFEN, 2009). Este processo constitui um guia para as ações de cuidado de enfermagem e para a documentação da prática profissional e clínica do(a) enfermeiro(a) em diversos ambientes de atendimento, como serviços ambulatoriais, hospitalares e de atenção primária, seguindo etapas como: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (ALVES *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2012).

A SAE também despertou a necessidade de uma linguagem universal para respaldar a prática do Processo de Enfermagem. O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) estabeleceu o Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em 1996, incorporando sistemas de classificação de enfermagem como a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC) (ALVES *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2012). Essas classificações contribuem para a prática clínica do(a) enfermeiro(a) na APS.

A CIPE é um recurso informativo com uma terminologia unificada para as ações de enfermagem, facilitando a comunicação e compreensão dos dados relacionados à saúde e doença entre os profissionais que prestam cuidados. Essa iniciativa surgiu da necessidade de manter um vocabulário específico para a prática dos(as) enfermeiros(as), promovendo a qualidade da assistência e fortalecendo a enfermagem como uma profissão geradora de cuidados, conhecimento e ciência (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Nesse contexto, a consulta de enfermagem surge como uma ferramenta fundamental para o avanço da prática clínica do(a) enfermeiro(a), indo além de uma simples assistência ao outro. Ela representa um momento de interação profissional-usuário, buscando integrar saberes científicos com a experiência prática do profissional e as percepções do usuário para solucionar os problemas identificados (COSTA *et al.*, 2012).

Assim, destaca-se a importância das relações durante a prática do(a) enfermeiro(a), pois é nesses momentos de interação que a prática clínica é desenvolvida, envolvendo experiências de cuidado que abrangem desde a avaliação das informações até o diagnóstico, planejamento e intervenção (MENDES, 2010).

3.3.1 A atuação do(a) enfermeiro(a) da Atenção Primária à Saúde no Contexto da Pandemia da COVID-19 – desafios e enfrentamento no cenário no Brasil

De acordo com Silva *et al.*, (2019), a enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Sua importância se dá pela sua estrutura no contexto geral não apenas no Brasil mais em todo mundo. Hoje existe um contingente de mais de 2 milhões de Profissionais de Enfermagem (PE) distribuídos nas 27 unidades da Federação e nas mais variadas esferas, modalidade e dimensões do SUS. A enfermagem acompanha o homem ao longo da vida até sua evolução a óbito. Em suma, a enfermagem é o eixo principal para o desenvolvimento de uma estrutura hospitalar estando diuturnamente na manutenção e gestão dos sistemas.

A atuação do(a) enfermeiro(a) na APS no Brasil é uma força de trabalho considerável e tem se estabelecido como um elemento essencial para mudar as práticas de atenção à saúde no SUS, atendendo à proposta do novo modelo assistencial em saúde, que não se concentra apenas na clínica e na cura, mas principalmente na abordagem integral do cuidado ao ser humano, na intervenção nos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde, proteção e melhoria da qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2017).

A pandemia da COVID-19 tornou-se a maior crise global já experimentada no último século. A luta contra um adversário instigou toda a classe de saúde na tentativa de descobrir terapias ou medidas protetivas eficientes e eficazes, para evitar a falência dos serviços de saúde, evolução a óbito de milhares de pessoas e isolamento social que afeta de forma profunda a classe mais vulnerável da população (SOARES et al., 2020).

O cenário da Pandemia, causada pela covid-19 trouxe a luz, as dificuldades que os profissionais de enfermagem enfrentam no seu dia a dia, com a falta de uma remuneração adequada. Muitos são obrigados a cumprirem várias horas, para conseguir uma remuneração digna, o que acaba deixando o profissional exausto. Após um grande movimento por parte das organizações de enfermagem, foi proposto um piso salarial e jornada para os profissionais de enfermagem. A proposta do Senado prevê pisos salariais no valor de R\$ 4.700,00 para enfermeiros, R\$ 2.613 para técnicos e de R\$ 2.300 para auxiliares e parteiras. E jornada de trabalho de 30 horas. Segue em votação no Senado Federal (ANITA, 2021).

Os relatos, imagem e vídeos em que foram disponibilizados na internet a respeito da saúde dos trabalhadores a frente da covid-19 desprovidos de EPIS, álcool em gel, sabão líquido em UTI levaram as associações e sindicatos a se manifestarem mostrando a relevância da manutenção contínua em quantidades que supra a rotina diária desses materiais para a proteção à saúde do trabalhador, e o quadro exposto acima pode ser o causador de adoecimento e afastamento por conta da infecção podendo levar o SUS ao colapso, de acordo com a Associação Médica Brasileira essa preocupação derivada do histórico de profissionais infectados e mortos no exterior: Ásia, Europa, Estados Unidos, China, Itália em torno de 10 mil PE sendo que os mesmos têm acesso a todos os EPI's, o que remete que o Brasil precisa ponderar a relevância de se guiar pelo conhecimento técnico e normas científicas (TAVARES 2020).

Em agosto de 2021 o Cofen disponibilizou o quantitativo de profissionais com inscrição ativa contabilizando 439.310 auxiliares de enfermagem, 1.492.413 técnicos de enfermagem, 630.708 enfermeiros e 334 obstetras formando uma equipe de 2.562.765. Dentre os empregadores dos serviços de enfermagem o SUS – Sistema Único de Saúde representando 58,9%, setor privado 31,6% e filantrópico 15,4%, porém em todos os setores é possível notar uma disparidade salarial podendo variar entre 3 mil a 1 mil ou menos (COFEN, 2021a).

As características intrínsecas dos PEs estão na diversidade nos setores privados, públicos, filantrópica e ensino abrangendo a atenção básica, alta complexidade e tecnológicas com exposição contínua de todos os riscos ergonômicos no exercício laboral, as condições ofertadas de trabalhos são naturalmente estressantes, relatos de alterações psicológicas, físicas, fisiológicas, neurológicas e sociais são comuns com o desencadeamento da COVID-19 o

surgimento de novas adversidades imposta deixa em maior evidência as fragilidades já existentes e o adoecimento (PEKIRCHHOF *et al.*, 2011).

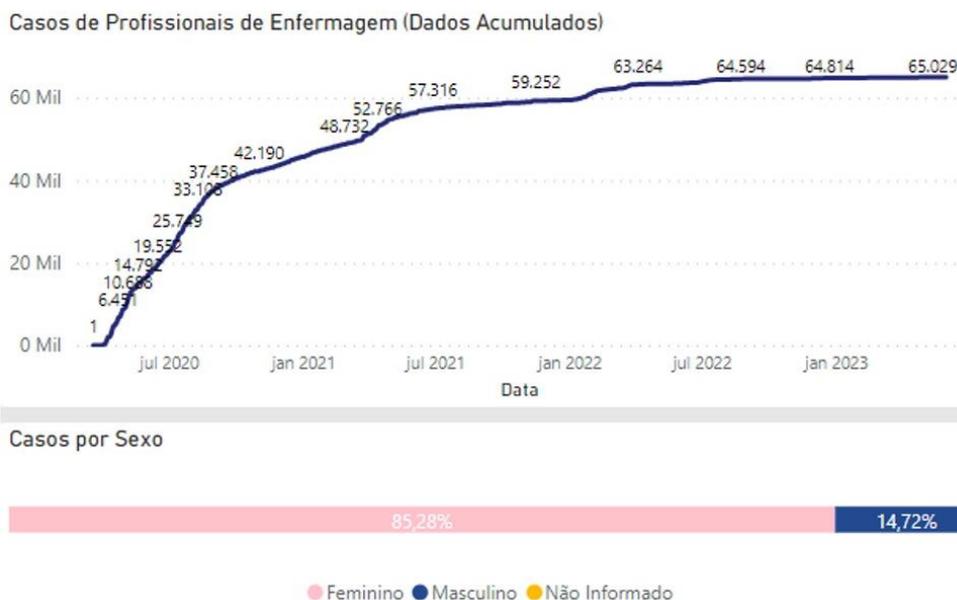
Sabe-se que em todos os níveis há riscos ergonômicos podendo apenas fazer a distinção das categorias encontradas nos diferentes setores, sendo assim é importante olhar não somente para a área hospitalar mais para todos os setores que abarcam esses profissionais (SILVA *et al.*, 2020).

A medida Provisória (MP) nº 927/2020 que dispõe sobre as medidas trabalhista para o enfrentamento do estado de calamidade pública, reconhecida pelo Decreto Legislativo repercute de forma negativa que traz o aumento da jornada de trabalho por até 24 horas e a redução de tempo descanso para 12 horas, o Cofen elaborou uma nota de repúdio devido ao prejuízo que se subentende que acarretará na vida desse trabalhador (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2020).

Na pandemia da covid-19 de acordo com os dados do Observatório de Enfermagem disponibilizado pelo Coren/Cofen, até outubro de 2021 havia 58.780 casos reportados e 866 óbitos, refletindo 2,64% de letalidade sobre os casos confirmados, sendo que destes casos 85,32% contaminados feminino com 68,01% de óbitos e 14,68% contaminados masculinos e 31,99% de óbitos, concluindo com isso que houve uma maior contaminação de mulheres, porém, uma maior taxa de mortalidade masculina (COFEN, 2021).

Até 19 de junho de 2023, o Cofen registrou 65.029 casos reportados de covid-19 entre os profissionais infectados pela doença, informado pelo serviço de saúde, e 872 casos de óbito dentre eles, o que reflete 2,27% de letalidade em face dos casos confirmados. Dentre eles, 85,28% dos casos por sexo é feminino, e 14,72% é masculino, como pode-se observar no Gráfico abaixo.

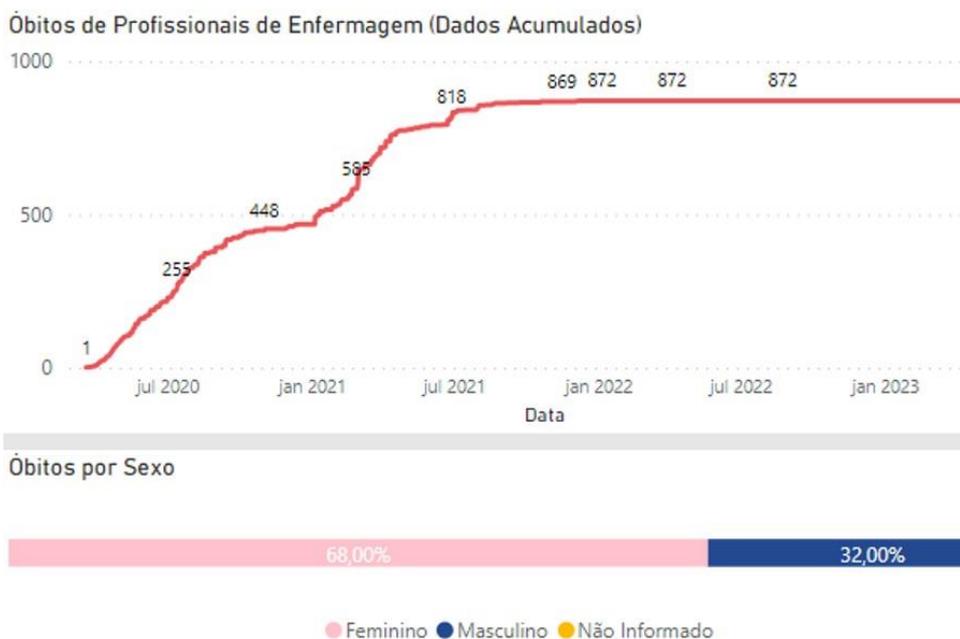
Gráfico 1 – Casos de profissionais de enfermagem até junho de 2023



Fonte: Cofen (2023)

E em relação aos casos de óbito, por gênero, os dados do Cofen (2023) confirmam que 68% são mulheres e 32% são homens, conforme o gráfico apresentado a seguir.

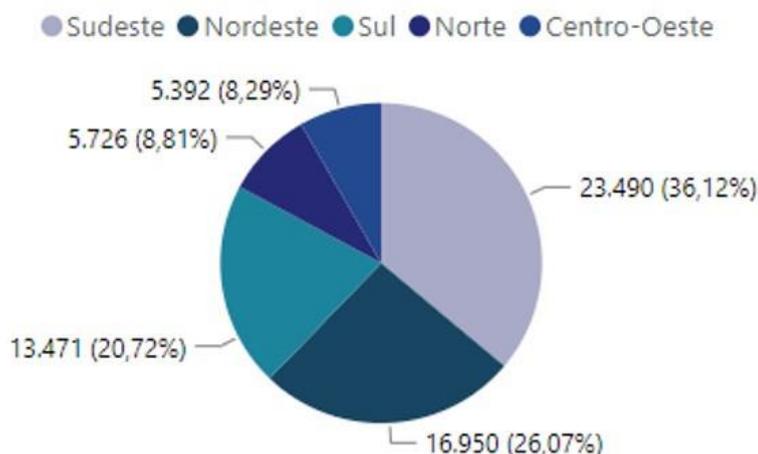
Gráfico 2 – Óbitos de profissionais de enfermagem até junho de 2023



Fonte: Cofen (2023)

A seguir, o gráfico 3 apresenta a quantidade de profissionais de enfermagem contaminados de acordo com cada região brasileira em 2023.

Gráfico 3 – Profissionais contaminados por região brasileira até junho de 2023

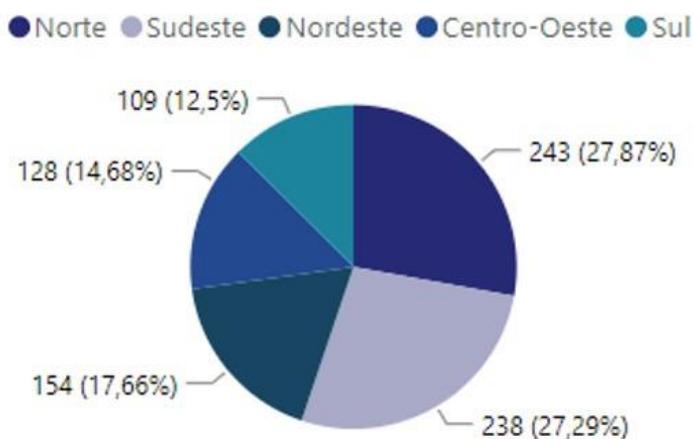


Fonte: Cofen (2023)

Neste contexto, a partir do Gráfico 3, verifica-se que a região Sudeste possui maior percentual de profissionais contaminados até junho de 2023, o que corresponde a 36,12% dentre estes profissionais. Em seguida, aparece a região Nordeste, com 26,07% dos casos de contaminação entre os profissionais; a região Sul detém 20,72% dos casos; a região Norte detém um percentual de 8,81%; e, por último, a região Centro Oeste aparece com 8,29% dos casos.

A seguir, o Gráfico 4 ilustra a quantidade de óbito de profissionais de enfermagem, conforme cada região brasileira até junho de 2023.

Gráfico 4 - quantidade de óbito de profissionais de enfermagem até junho de 2023



Fonte: Cofen (2023)

Verifica-se, portanto, a partir do Gráfico 4, que as regiões Sudeste e Norte detêm a maior incidência de óbito dentre os profissionais de enfermagem até junho de 2023, obtendo percentuais de 27,29% e 27,87%, respectivamente. Em seguida, a região Nordeste aparece com 17,66% desses óbitos; a região Centro-Oeste detém 14,68% do total de óbitos; e a região Sul aparece em último lugar, com 12,5% dos óbitos entre os profissionais de enfermagem até junho de 2023.

Apesar dos dados apresentados nos Gráficos 3 e 4, as pesquisas sobre a temática em trabalhadores de enfermagem, tanto nacionais quanto internacionais, são unânimes ao evidenciarem uma subnotificação em torno de 75-85% dos casos, e isso dificulta a visibilidade e o real diagnóstico da problemática (FOREKEVICZ *et al.*, 2021).

3.3.2 Atribuições dos PE na APS

Além das responsabilidades gerais compartilhadas por todos os profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS), as incumbências específicas do(a) enfermeiro(a), conforme definido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), abrangem uma série de ações direcionadas aos indivíduos, famílias e comunidades. O objetivo é garantir assistência integral, desde a promoção e proteção da saúde até a prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, considerando os diversos contextos sociais e todas as fases da vida. Estas atribuições incluem realizar atenção à saúde, procedimentos, atividades em grupo, consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos, entre outras, desde que alinhadas às normativas técnicas estabelecidas pelos órgãos competentes e encaminhar, quando necessário, os usuários a outros serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Para executar essas variadas tarefas, o(a) enfermeiro(a) precisa desenvolver múltiplas competências, algumas das quais nem sempre são abordadas de forma abrangente nos cursos de graduação ou especializações na área. É, portanto, essencial que os serviços de saúde promovam Programas de Educação Permanente para preencher essa lacuna. Entre as diversas atividades realizadas pelo(a) enfermeiro(a) na APS, a consulta de enfermagem é considerada uma das mais importantes, porém, estudos indicam que nem sempre é conduzida de maneira integral (NAUDERER; LIMA, 2008; MATUMOTO *et al.*, 2011; ASSIS *et al.*, 2017).

De acordo com estudos de Nauderer e Lima (2008) e de Matumoto (2011), o trabalho do(a) enfermeiro(a) na APS abrange duas dimensões fundamentais: a produção do cuidado e gestão do processo terapêutico, bem como as atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem.

O exercício prático dos enfermeiros na APS tem sido moldado pelas exigências legais da profissão, especialmente no que diz respeito à consulta de enfermagem. Conforme pesquisas realizadas por Matumoto (2011), as atividades clínicas diretas incluem acolhimento, consulta de enfermagem (relacionada a coleta do exame de Papanicolau, pré-natal e puerpério, planejamento familiar, atendimento de puericultura, hipertensos e diabéticos, saúde mental) e visitas/atendimentos domiciliares, enquanto atividades clínicas indiretas abrangem supervisão e orientação aos auxiliares de enfermagem, supervisão e orientação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ações de apoio ao atendimento médico.

O trabalho do enfermeiro na APS abarca duas dimensões – assistencial e gerencial –, concentrando-se no cuidado individual e na gestão de projetos terapêuticos, bem como no monitoramento da saúde da comunidade, na gerência da equipe de enfermagem e do serviço de saúde, com foco na produção de cuidados. Sua função primordial é prestar assistência a indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (NAUDERER; LIMA, 2008; BONFIM *et al.*, 2008).

Bonfim *et al.* (2012) conduziram um estudo que mapeou as intervenções do enfermeiro na APS de acordo com a Nursing Interventions Classification (NIC), identificando 152 atividades, distribuídas em 7 domínios, 16 classes e 59 intervenções. As atividades mapeadas no estudo corroboram a descrição diversificada das práticas do enfermeiro na APS, sendo contempladas em todos os domínios propostos pela NIC. Um projeto brasileiro, a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem na Saúde Coletiva (CIPESC), listou 105 atividades de enfermagem na APS, que foram mapeadas por Chianca *et al.* (2009) de acordo com a NIC. Ambos os estudos revelaram uma porcentagem significativa de atividades no domínio "Sistema de Saúde e Comunidade". Observa-se, nos estudos, uma concentração de atividades relacionadas ao gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem em detrimento da produção do cuidado e gestão do processo terapêutico. O enfermeiro desempenha atividades nos domínios que predominantemente oferecem suporte ao eficaz funcionamento do sistema de saúde.

3.3.2.1 Fatores dificultadores para a atuação dos Profissionais de Enfermagem

Alguns estudos (ASSIS *et al.*, 2011; BARATIERI; MARCON, 2012; CAÇADOR *et al.*, 2015; GALAVOTE *et al.*, 2016) destacam uma característica marcante no cotidiano do enfermeiro na APS: a sobrecarga de trabalho, resultante da acumulação de múltiplas funções e do distanciamento da assistência direta, especialmente da consulta de enfermagem. Isso ocorre

devido à necessidade de atender às demandas gerenciais dos serviços de saúde, às metas estabelecidas, bem como à população atendida. Esse contexto faz com que o enfermeiro priorize demandas urgentes ligadas à gestão, distanciando-se da assistência direta, o que pode levá-lo a se sentir desconectado da realidade e das reais necessidades em saúde da população. A pressão sobre os enfermeiros, no entanto, não corresponde às condições oferecidas para responder com qualidade às demandas da saúde da família e da demanda espontânea, levando a conflitos na tomada de decisões, na priorização de atividades e gerando sentimentos de frustração e incerteza sobre seu desempenho na APS (ASSIS *et al.*, 2011; BARATIERI; MARCON, 2012; CAÇADOR *et al.*, 2015).

Os enfermeiros na APS têm obtido reconhecimento social e são identificados como referências para o cuidado pelos integrantes da equipe de saúde e pelos usuários atendidos. Essa relação próxima traz satisfação e sentido ao trabalho do enfermeiro. Eles identificam em seu exercício profissional potencialidades como a realização da prática clínica através da consulta de enfermagem, a criação de laços com a comunidade e o estabelecimento de relações interpessoais produtivas no ambiente de trabalho. Quatro aspectos foram apontados por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) como cruciais para o cumprimento de suas atribuições: valorização e reconhecimento, educação contínua, conexão com a comunidade e colaboração com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (MATUMOTO *et al.*, 2011; CAÇADOR *et al.*, 2015).

O Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) destaca o papel inovador dos enfermeiros em todo o mundo, propondo estudos sobre as chamadas "Práticas Avançadas de Enfermagem". A prescrição de medicamentos é uma dessas inovações e tem sido implementada em vários países desde a década de 1990, principalmente em sistemas de saúde e enfermagem na APS bem estabelecidos, com funções avançadas definidas para enfermeiros. Países como Suécia, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Nova Zelândia, África do Sul, Botsuana, Irlanda e Quênia foram pioneiros nessa experiência (BALL; BARKER; BUCHAN, 2009).

No cenário brasileiro, a legislação, incluindo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem e a Portaria nº 2.488/11 (PNAB), assegura aos enfermeiros o direito de prescrever medicamentos conforme protocolos institucionais (BRASIL, 2011). Apesar disso, a literatura aponta várias dificuldades e limitações nas práticas dos enfermeiros na APS no Brasil (NAUDERER; LIMA, 2008; BARATIERI; MARCON, 2012; MATUMOTO *et al.*, 2011; CAÇADOR *et al.*, 2015):

- Escassez de recursos humanos, materiais e equipamentos, gerando sobrecarga e afetando a satisfação do usuário;
- Falta de pessoal para funções de apoio na unidade de saúde, prejudicando a organização do serviço;
- Número insuficiente de enfermeiros, levando-os a assumir funções básicas em detrimento de suas atribuições específicas;
- Sobrecarga com tarefas administrativas, limitando a prática clínica;
- Falta de reconhecimento do trabalho clínico;
- Dificuldades de acesso e infraestrutura limitada em unidades de saúde;
- Vínculos empregatícios precários, resultando em rotatividade de profissionais;
- Disparidades estruturais entre unidades de saúde;
- Falta de qualificação específica para a consulta de enfermagem;
- Ausência de apoio técnico e supervisão;
- Protocolos que nem sempre atendem às necessidades dos enfermeiros.

Na rotina da enfermagem na APS do SUS, ocorre um embate entre a responsabilidade de gerir as diversas tarefas que compõem o funcionamento do serviço de saúde e as atividades específicas preconizadas pelo novo modelo de atenção. Este cenário é caracterizado pela prevalência de estratégias gerenciais e crenças ideológicas que reforçam o modelo convencional de operação do sistema de saúde. Nesse contexto, as atribuições do enfermeiro estão cada vez mais voltadas para procedimentos relacionados à administração do serviço, à supervisão das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ao suporte aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem (CAÇADOR *et al.*, 2015; GALAVOTE *et al.*, 2016).

3.3.3 A atuação do(a) enfermeiro(a) da APS no contexto da pandemia da covid-19 – desafios e enfrentamento no cenário no Brasil

Na APS, o enfermeiro baseia sua competência na liderança para assegurar uma gestão eficaz com foco na qualidade e produtividade do cuidado prestado. Ao prestar assistência direta e indireta a pacientes, famílias e comunidades afetadas pela Covid-19, o enfermeiro pauta suas ações no código ético profissional, nas diretrizes e nas normativas vigentes. Em situações de transmissão comunitária da Covid-19, é vital que o enfermeiro adote uma abordagem dinâmica e sindrômica da doença (LACERDA BRITO; SIMONVIL; GIOTTO, 2020). Ele exerce sua autonomia profissional para implementar estratégias de promoção, prevenção e tratamento,

colaborando com a equipe de saúde. Além disso, em conjunto com essa equipe, é responsável por prevenir a contaminação dos profissionais da unidade, utilizando equipamentos de proteção individual (EPIs), álcool em gel, água e sabão para a higienização das mãos. No entanto, é fundamental que o profissional siga os protocolos e manuais elaborados pelo Ministério da Saúde para garantir a eficácia dos serviços prestados pela unidade (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, destaca-se a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao longo de toda a prestação de cuidados pelo profissional. A SAE permite oferecer um cuidado mais qualificado aos pacientes com Covid-19 e aprimorar os resultados, planejando e implementando ações preventivas antes que o vírus afete o paciente, sua família ou a comunidade. Em outras palavras, a utilização adequada da SAE pelo profissional pode resultar em melhores desfechos e impactos positivos, se aplicada de maneira adequada. Esta prática está em conformidade com a Resolução COFEN nº 358/2009: a regulamentação estabelece diretrizes sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, sejam eles públicos ou privados, onde são prestados cuidados profissionais de Enfermagem. A SAE compreende cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação de enfermagem; e avaliação de enfermagem.

A aplicação da SAE na oferta de cuidados de enfermagem na unidade de APS assegura uma assistência segura, fornecendo ao enfermeiro informações técnicas e científicas que garantem um cuidado seguro e livre de danos ao paciente. No âmbito da SAE, o diagnóstico de enfermagem, uma atribuição exclusiva do enfermeiro, orienta a resposta ao paciente, à família ou à comunidade, incluindo a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem executadas (ALMEIDA; LOPES, 2019).

Nesse contexto, cabe ao enfermeiro da APS a execução da SAE, que possibilita a avaliação das necessidades e recursos da população frente à Covid-19, realizando a identificação de casos e contribuindo para a redução da propagação da doença por meio da educação direcionada ao indivíduo e à comunidade. O PE pode dar suporte ao desenvolvimento de planos de cuidados de enfermagem, oferecendo orientação para a elaboração do plano assistencial do enfermeiro na APS.

Em síntese, a ênfase na prevenção ocorre na APS, onde o profissional precisa implementar medidas que auxiliem na diminuição da disseminação do vírus na comunidade. Ao aplicar a SAE no contexto do paciente, família e comunidade, é possível gerenciar os cuidados prestados. Assim, o enfermeiro deve realizar uma assistência segura e que alcance os

resultados esperados, com atenção especial aos idosos e portadores de comorbidades de risco (COREN, 2020).

O estudo de Fonseca *et al.* (2020) abordou o impacto da pandemia de COVID-19 na percepção da importância do cuidado à saúde, não apenas como combate a um agente biológico, mas também como resultado de sistemas econômicos, políticos e sanitários. Destacou-se a complexidade do enfrentamento da pandemia, que revela potencialidades e limitações dos sistemas de saúde, especialmente na Atenção Básica. As decisões políticas e econômicas do passado influenciaram as condições de saúde presentes e futuras. Os autores ressaltaram a necessidade de transformações pós-pandemia, incluindo uma reavaliação da maneira como a saúde é concebida e praticada, com foco na Atenção Básica.

Enfrentar a covid-19 requer coordenar e monitorar o cuidado com base nos princípios do Sistema Único de Saúde, considerando as heterogeneidades da população. O desafio da Atenção Básica é garantir recursos e investimentos para que suas ações sejam realizadas de forma efetiva, com a mesma visibilidade e apoio dado aos serviços de maior complexidade. A implementação de medidas conhecidas na Atenção Básica pode contribuir significativamente para o combate à pandemia, mas enfrenta obstáculos que refletem os tempos incertos e caóticos que vivemos (FONSECA *et al.*, 2020).

3.3.3.1 O que mudou com a pandemia da covid-19

No Brasil, a rede de APS é extensa, proporcionando aos profissionais laços estreitos com os usuários, equipes de saúde e a responsabilidade de monitorar as famílias, incluindo os casos confirmados de covid-19 (SOARES; FONSECA, 2020).

O enfrentamento à Covid-19 nas unidades de APS concentra-se, principalmente, nas unidades da ESF. Essas unidades monitoram e investigam casos de Síndrome Gripal (SG) ou sintomas leves de Covid-19. Assim, para garantir um atendimento de qualidade e empático, é fundamental planejar os serviços e reorganizá-los para lidar com a pandemia. Recursos financeiros e estratégias para enfrentar a situação exigem a capacitação dos profissionais de saúde, distribuição de testes rápidos nas unidades de APS e solicitação de exames (ALVES *et al.*, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2020).

O Ministério da Saúde elaborou o "Protocolo de Manejo Clínico do COVID-19 na Atenção Primária" para as unidades de APS/ESF, abrangendo informações sobre a doença, orientações de atendimento, teleatendimento, identificação de casos suspeitos de SG e Covid-

19, além de medidas preventivas nas unidades de APS, isolamento domiciliar e instruções sobre afastamento e retorno dos profissionais de saúde às atividades (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, as unidades de APS diferenciam a gravidade dos casos. Para casos leves, há orientação de isolamento domiciliar e monitoramento dos pacientes até sua recuperação. Em contrapartida, nos casos graves, é necessária a estabilização clínica e o transporte para serviços de saúde de referência para Covid-19, unidades de urgência/emergência ou hospitais (BRASIL, 2020).

Todo paciente nas unidades de APS apresentando sintomas como tosse, falta de ar e febre será considerado um caso suspeito de SG. Um profissional de saúde treinado deverá seguir protocolos preventivos e utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ao lidar com esses casos. Além disso, o paciente suspeito deverá receber uma máscara cirúrgica e ser isolado em uma sala específica para evitar a propagação do vírus (BRASIL, 2020).

A Portaria nº 467 do Ministério da Saúde, de 20 de março de 2020, regulamenta as ações de Telemedicina temporariamente, como parte das medidas de enfrentamento à emergência de saúde pública causada pela epidemia de COVID-19. A reorganização da APS para combater a Covid-19 tem levado muitos profissionais de saúde a recorrerem a ferramentas como a teleconsulta. Essa modalidade tem sido crucial para fornecer cuidados aos pacientes em isolamento, ao mesmo tempo em que reduz os riscos para os profissionais de saúde. Dessa forma, a APS, juntamente com a ESF, desempenha um papel fundamental na prevenção, promoção da saúde, controle de casos leves e agilidade nos encaminhamentos dos casos graves (BRASIL, 2020).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Pesquisa

A presente pesquisa é identificada como um estudo qualitativo; no entanto, representa uma seção de um projeto de Pesquisa de Métodos Mistos intitulado "Prática de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos", conduzido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB). Essa investigação recebeu suporte e financiamento do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e foi conduzida em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal (SOUSA, 2022).

Para uma breve compreensão dos Métodos Mistos de pesquisa, a abordagem adotada neste estudo multicêntrico, ao qual nossa pesquisa de dissertação de mestrado está vinculada,

destaca-se como uma metodologia que envolve a coleta e integração de dados quantitativos e qualitativos. Esta abordagem permite a análise fundamentada na combinação das informações provenientes de ambos os conjuntos de dados, visando uma compreensão mais abrangente dos problemas investigados. É essencial ressaltar que a associação entre padrões estatísticos (dados quantitativos) e narrativas pessoais e experiências (dados qualitativos) proporciona uma compreensão mais profunda dos problemas ou fenômenos pesquisados, de uma maneira que não seria possível apenas com uma abordagem isolada (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2010).

Considerando-se que na presente pesquisa será utilizado apenas o método qualitativo, é importante enfatizar que, segundo Rampazzo (2001), este método busca compreender de forma particular aquilo que está sendo analisado procurando obter dados que não podem ser mensurados quantitativamente tais como, angústias, medos, sentimentos, emoções, tristeza, dentre outros.

Segundo Minayo e Sanches (2021), o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos.

No que se refere ao sujeito pesquisado e o objeto de investigação, Minayo e Sanches (2021, p. 40), descrevem que “a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”.

Sousa e Mendonça (2021, p. 22), ao discorrerem sobre a “pesquisa qualitativa em saúde – ensaio para tempos de pandemia”, afirmam que: a maneira qualitativa de abordar a pesquisa social na área da saúde coletiva tornou-se cada vez mais comum. Isso significa, em essência, que em primeiro lugar, a pesquisa concentra-se em investigar as representações, crenças, valores, explicações e opiniões que são expressas nas interações sociais. Em segundo lugar, prioriza-se a linguagem e a prática como formas de mediação simbólica. Em terceiro lugar, direciona-se a investigação a partir do ponto de vista dos atores sociais, levando a sério as informações fornecidas por eles. Em quarto lugar, busca-se compreender o ambiente onde o estudo é conduzido. E, por último, em quinto lugar, a pesquisa é operacionalizada de maneira flexível e interativa, permitindo a compreensão das complexas relações sociais e culturais que ocorrem dentro das organizações. Isso ocorre através de diversas técnicas utilizadas no trabalho qualitativo, proporcionando dados relevantes (SOUSA; MENDONÇA, 2021).

4.2 Local do estudo

O local de realização da pesquisa está constituído por municípios da região Centro-Oeste e pelo Distrito Federal (DF). Os municípios urbanos selecionados na região Centro-Oeste estão representados pelas capitais dos diferentes estados; no Goiás – o município de Goiânia; no Mato Grosso a cidade de Cuiabá e no Mato Grosso do Sul a capital Campo Grande. No Distrito Federal, foram selecionadas diferentes Regiões Administrativas (RA).

O cenário de investigação está representado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Considerou-se, portanto, os critérios estabelecidos na pesquisa nacional sobre as Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com Sousa, (2022). No estudo, foram selecionadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tanto do modelo tradicional, quanto do modelo de Equipes de Saúde da Família (eSF), identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, do Ministério da Saúde, caracterizados como estabelecimentos de saúde do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica” e “Posto de Saúde”.

Descreve-se a seguir aspectos que caracterizam o Distrito Federal e a região Centro-Oeste, sobretudo no que se refere às suas regiões de saúde. Na região Centro-Oeste, faz-se destaques aos municípios selecionados para esta pesquisa quais sejam: Goiânia, Cuiabá e Campo Grande.

4.2.1 Distrito Federal

O Distrito Federal tem com sede a cidade de Brasília, capital da República Federativa dos estados brasileiros. Possui uma área territorial de 5.760,783 km² e em 2019, sua população era estimada 3.055.149 habitantes. No ano de 2020, contatou-se uma densidade demográfica de 22,43 hab/km² em 2010 (IBGE, 2020).

O Distrito Federal, é uma unidade federativa autônoma e acumula competências legislativas de estado e município (BRASIL,1988). Constitui-se por 33 Regiões Administrativas (RA), as últimas foram criadas em 2019 (Regiões Administrativas de Sol Nascente - Pôr do Sol e de Arniqueira). A Lei nº 6.359 de 14 de agosto de 2019, criou a Região Administrativa do Sol Nascente. Pôr do Sol - RA XXXII e deu outras providências (DISTRITO FEDERAL, 2019a) e a Lei nº 6.391, de 30 de setembro de 2019, a qual criou a Região Administrativa de Arniqueira RA - XXXIII e deu outras providências (DISTRITO FEDERAL, 2019b).

No que se refere à organização dos serviços de saúde, de acordo com o Decreto Nº 38.982, de 10 de abril de 2018, o Distrito Federal, possui 07 Regiões de Saúde, classificadas como Região Norte, Região Leste, Região Central, Região Centro-Sul, Região Oeste, Região Sul e Região Sudoeste (DISTRITO FEDERAL, 2018).

No Quadro 1, a seguir, apresenta as 07 Regiões de Saúde do DF, com suas respectivas Regiões Administrativas (RA), com demonstrativo da população correspondente ao ano de 2018 (DISTRITO FEDERAL, 2019c).

Quadro 1 - Regiões de Saúde do Distrito Federal, com suas Regiões Administrativas e população correspondentes

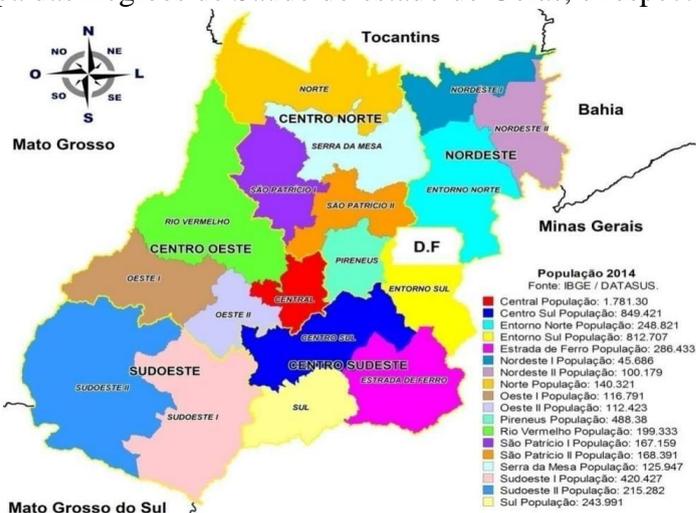
DISTRITO FEDERAL		
REGIÕES DE SAÚDE	REGIÕES ADMINISTRATIVAS	
Central	RA1 - Brasília (Asa Norte)	RA18 - Lago Norte
	RA1 - Brasília (Asa Sul)	RA 22 - Sudoeste/Octogonal
	RA11 - Cruzeiro	RA 23 - Varjão
	RA16 - Lago Sul	
Centro-Sul	RA8 - N. Bandeirante	RA 21- R. Fundo II
	RA10 - Guará	RA 24 -Park Way
	RA17 - R. Fundo I	RA 25 - SCIA (Estrut.)
	RA19 - Candangolândia	RA 29 - S.I. A
Norte	RA5 - Sobradinho I	RA 26 - Sobradinho II
	RA 6 - Planaltina	RA 31 - Fercal
Sul	RA2 – Gama	RA13 - Santa Maria
Leste	RA7 - Paranoá	RA 27- Jd. Botânico
	RA14 - São Sebastião	RA 28 – Itapoã
Oeste	RA4 - Brazlândia	RA9 - Ceilândia
	RA 32 – Sol Nascente/ Pôr do Sol (*)	
Sudoeste	RA3 - Taguatinga	RA 20 - Águas Claras
	RA12 - Samambaia	RA 30 - Vicente Pires
	RA15 - Recanto das Emas	RA 33 - Arniqueira (**)

Fonte: Distrito Federal (2019)

A Figura 1, a seguir, ilustra os mapas das diferentes Regiões de Saúde do Distrito Federal (DF).

Goiás, apresentando um alto índice de densidade demográfica (Figura 2) (ESTADO DO GOIÁS, 2015).

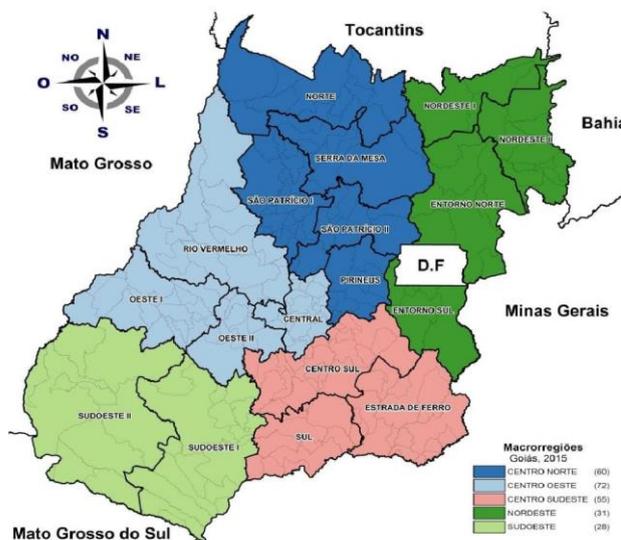
Figura 2 - Mapa das Regiões de Saúde do estado de Goiás, e respectivas populações



Fonte: Estado do Goiás (2015)

De acordo com a proposta de regionalização que adota como critérios os aspectos populacionais e da densidade demográfica; o Estado do Goiás está organizado em **05 Macrorregiões de Saúde**, que são: Centro Norte, Centro Oeste, Centro Sudeste, Nordeste e Sudoeste; as quais estão apresentadas na figura 3, a seguir (ESTADO DO GOIÁS, 2015).

Figura 3 - Mapa das 5 Macrorregiões de Saúde do estado de Goiás.



Fonte: Estado do Goiás (2015)

4.2.2.2 Estado do Mato Grosso

O estado de Mato Grosso até 2019, possui uma área de 903.207,019 km²; e uma população estimada de 3.526.220 habitantes em 2020. Apresenta uma densidade demográfica de 3,36 hab/km² de acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2020). Sua população é predominantemente urbana com um percentual de 81,9%. Está constituído por 141 municípios, sendo que 80,1% deles possuem menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2010).

Com base no Plano Diretor de Regionalização de Saúde, do estado Mato Grosso, entre as 16 Regiões de Saúde instituídas, a da Baixada Cuiabana detém 30% da população e apresenta a maior densidade demográfica, por incluir a capital, e o segundo município mais populoso - Várzea Grande. No outro extremo, seis regiões têm baixa densidade demográfica e juntas concentram pouco mais de 15% da população do estado (ESTADO DO MATO GROSSO, 2019).

Na figura 5, é possível observar que na organização dos serviços de saúde no estado do Mato Grosso, existem **16 Escritórios Regionais de Saúde**, e de acordo com o Decreto nº 16, de 01 de fevereiro de 2019; e no do Art. 1, Inciso VI, que trata do Nível de Execução Programática, apresenta a Superintendência de Atenção à Saúde, e em sua composição possui a Coordenadoria de Gestão da Atenção Primária; e vinculada a esta, encontra-se a Gerência de Planejamento e Monitoramento da Atenção Primária (ESTADO DO MATO GROSSO, 2019).

Figura 4 - Distribuição das Regiões de Saúde do estado do Mato Grosso – MT e os respectivos municípios que compõem cada região



Fonte: Estado do Mato Grosso (2020)

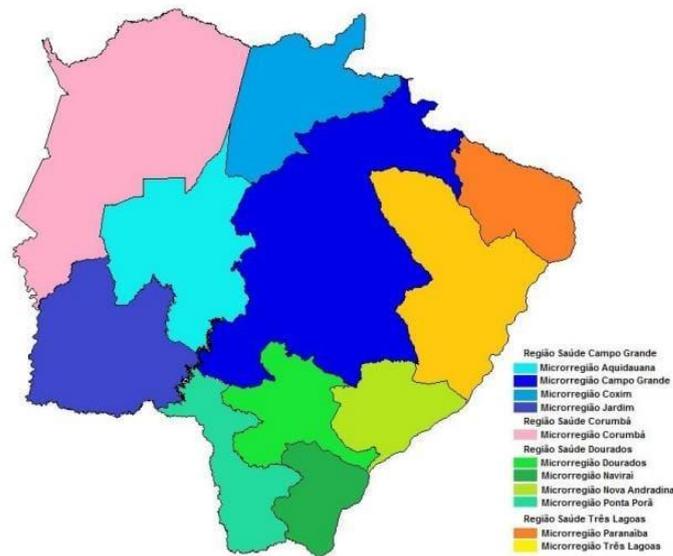
4.2.2.3 Estado do Mato Grossos do Sul

Caracteriza-se como o 6º do país em extensão territorial, o que corresponde a 4,19% da área total do Brasil; e 22,23% da área da Região Centro-Oeste, porém, possui ainda baixa densidade populacional, com média de 7,4 habitantes por km², segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010. Em 2019, sua área territorial em era de 357.145,534 km². Sua população estimada em 2020 era de 2.809.394 habitantes residentes nos 79 municípios. E dentre os municípios do estado, 49 (quarenta e nove), têm população inferior a 20.000 habitantes e estão vinculados a um centro urbano de referência, que são as sedes das microrregiões de saúde (IBGE, 2010; ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 2015).

É importante registrar que o Mato Grosso do Sul possui a segunda maior população indígena do país, perdendo somente para o Estado do Amazonas. De acordo com o Plano Estadual de Saúde de 2016-2019, dados do DSEI-MS/SESAI - Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, registravam que haviam aproximadamente 73.181 indígenas distribuídos em 75 aldeias, contemplando sete etnias, que abrangem diversos municípios do estado. Já em relação ao total de moradores do território estadual, os indígenas representam 9% do total dessa população, segundo o censo do IBGE de 2010, (ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 2015).

A população do estado, está distribuída geograficamente, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), em **4 Regiões de Saúde**: Campo Grande - com 34 municípios; Corumbá com 02 municípios; Dourados possuindo 33 municípios; e Três Lagoas, 10 municípios. E respectivas 11 Microrregiões de Saúde que são: Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas, (ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 2015). A Figura 5, ilustra as Regiões e Microrregiões de Saúde o estado do Mato Grosso do Sul.

Figura 5 - Mapa das Regiões de Saúde do estado do Mato Grosso do Sul – MS e suas respectivas Microrregiões de Saúde.



Fonte: Estado do Mato Grosso Do Sul (2015)

4.2.3 Tipologia de Municípios

Para a definição de uma amostra representativa, os municípios foram selecionados tendo como referência a classificação de tipologias municipais adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), através da qual os municípios estão caracterizados como: *urbanos*, *intermediários adjacentes*, *intermediários remotos*, *rural adjacente*; e *rural remoto*. Critério de seleção adotado pela pesquisa “Prática de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: Estudo Nacional de Métodos Mistos” (SOUSA, 2022), que conforme já mencionado anteriormente, este estudo constitui-se em um extrato desta pesquisa nacional.

Segundo o IBGE (2017), uma *área urbana* é aquela interna ao perímetro urbano, criada através de lei municipal, para fins tributários ou de planejamento; enquanto que a *área rural* se caracteriza por uso rústico do solo, com grandes extensões de terra e baixa densidade

habitacional; a exemplo de campos, florestas, lavouras, pastos e outras”. Dentre outros aspectos são considerados também a quantidade de domicílios, concentrações urbanas e municípios isolados com mais de 100.000 habitantes; bem como, a distância entre as habitações.

Os municípios que estão a uma distância relativa acima da média nacional, simultaneamente, em relação a maiores hierarquias mais próximas (metrópole, capital regional, centro sub-regional) foram classificados como *remotos*. Aqueles cuja distância for igual ou inferior à média nacional em relação a pelo menos um dos centros acima referidos, são classificados como *adjacentes*. Com relação às Grandes Regiões, a Região Centro-Oeste tem 87,8% da sua população em municípios classificados como adjacente. Quanto aos municípios remotos, no Centro-Oeste, grande quantidade de municípios encontra-se nesta tipologia; com um percentual de 25,1%, ficando atrás apenas da Região Norte que se apresenta com 38,3%. (IBGE, 2017).

O IBGE, adotando dentre outras dimensões, a localização, definiu também, a *tipologia municipal urbano-rural*, classificando ainda, os municípios como *intermediários e rurais*, aqueles adjacentes a centros urbanos de maior hierarquia daqueles que se encontram remotos (IBGE, 2017).

De acordo com esta tipologia de municípios, na região Centro-Oeste, tem-se seguinte classificação, conforme se apresenta no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Quantitativo de municípios da região Centro-Oeste, considerando as diferentes tipologias classificadas pelo IBGE, relacionados à totalidade de municípios nas mesmas tipologias no Brasil.

TIPOLOGIA	BRASIL	Região Centro-Oeste
RURAL URBANA		
Urbano	1.456	127
Intermediário Adjacente	686	48
Intermediário Remoto	60	16
Rural Adjacente	3.040	201
Rural Remoto	323	74
TOTAL DE MUNICÍPIOS	5 565	466

Fonte: IBGE (2017)

Reafirma-se que nesta pesquisa, assim, como na pesquisa nacional sobre a Prática de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (SOUSA, 2022), no que se refere aos municípios urbanos no Centro-Oeste, priorizou-se as capitais dos estados da região: Goiânia, Cuiabá e Campo Grande; exceção dada à cidade de Brasília, em que se considerou o Distrito Federal como um todo no conjunto de suas Regiões Administrativas (RA).

Assim como para os municípios urbanos, para as demais tipologias em cada estado da região Centro-Oeste, a seleção se deu por meio de um desenho amostral, em que o cálculo para o desenho da amostra foi adotado para a definição do quantitativo dos municípios; seguindo-se assim, o método estatístico utilizado para a pesquisa de abrangência multicêntrica (SOUSA, 2022).

4.2.4 Os municípios urbanos selecionados para pesquisa

4.2.4.1 Goiânia

Goiânia, a capital do estado de Goiás, localiza-se a 209 km de Brasília, a capital nacional. Com uma área de aproximadamente 728,84 km², possui uma geografia contínua, com poucos morros e baixadas, caracterizada por ser uma região do Planalto Central do Brasil. É a segunda cidade mais populosa do Centro-Oeste, sendo superada apenas por Brasília (SECRETÁRIA DE SAÚDE GOIÂNIA, 2020)

O município de Goiânia era anteriormente dividido em doze regiões, hoje reduzidas a sete (Centro, Sul, Sudoeste, Leste, Noroeste, Norte, Oeste), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros. A distribuição anterior levava em conta questões físicas do ambiente e as formações culturais presentes nas cidades (SECRETÁRIA DE SAÚDE GOIÂNIA, 20120). No quadro 3, estão apresentadas as regiões de saúde Goiânia-GO.

Quadro 3 - Regiões de Saúde do município de Goiânia-Go, e suas respectivas Regiões Administrativas e quantitativo da população.

Regiões de Saúde	Regiões Administrativas	População
Campina Centro	1 ST. UNIVERSITÁRIO 2 ST. AEROPORTO 3 SETOR OESTE 4 SETOR BUENO 5 JARDIM AMÉRICA 6 SETOR COIMBRA 7 SETOR SUL 8 VILA NOVA 9 CENTRO	282.559
Sul	CHÁCARA DO GOVERNADOR 2 PARQUE SANTA CRUZ 3 JARDIM BELA VISTA 4 PARQUE ATHENEU 5 VILA REDENÇÃO 6 PEDRO LUDOVICO 7 PARQUE AMAZÔNIA 8 JARDIM GOIÁS 9 SETOR MARISTA 10 PARQUE DAS LARANJEIRAS	248.990
Sudoeste	JARDIM EUROPA 2 NOVO HORIZONTE 3 SETOR SUDOESTE 4 JARDIM VILA BOA 5 JARDIM PRESIDENTE 6 JARDIM PLANALTO 7 RIO FORMOSO 8 ANDREIA CRISTINA	187.676
Leste	JD. NOVO MUNDO 2 VILA PEDROSO 3 CONJ. RIVIERA 4 JD. LAGEADO 5 JD. FERNANDO I 6 JD. FERNANDO II 7 JD. DAS AROEIRAS 8 VILA MORAES 9 VILA SANTA ISABEL 10 VILA MARIA LUIZA 11 COLÔNIA SANTA MARTA 12 VILA OSVALDO ROSA 13 VILA BANDEIRANTE	186.959

Noroeste	1 BAIRRO FLORESTA 2 BAIRRO DA VITÓRIA 3 FINSOCIAL 4 JD. CURITIBA I 5 JD. CURITIBA II 6 JD. CURITIBA III 7 VILA MUTIRÃO I 8 JD. PRIMAVERA 9 RECANTO DO BOSQUE	160.030
Norte	JD. GUANABARA 2 JD. GUANABARA II 3 CONJ. ITATIAIA 4 NOVA VILA 5 VILA MONTECELLI 6 SETOR NORTE FERROVIÁRIO	140.098
Oeste	BAIRRO N. SENHORA DE FÁTIMA 2 CIDADE JARDIM 3 SETOR RODOVIÁRIO 4 CONJ. MARQUES DE ABREU 5 PARQUE IND. JOÃO BRAZ 6 CONJ. VERA CRUZ I 7 CONJ. VERA CRUZ II 8 PARQUE DOS BURITIS 9 VILA CANAÃ 10 BAIRRO GOIÁ I	124.239

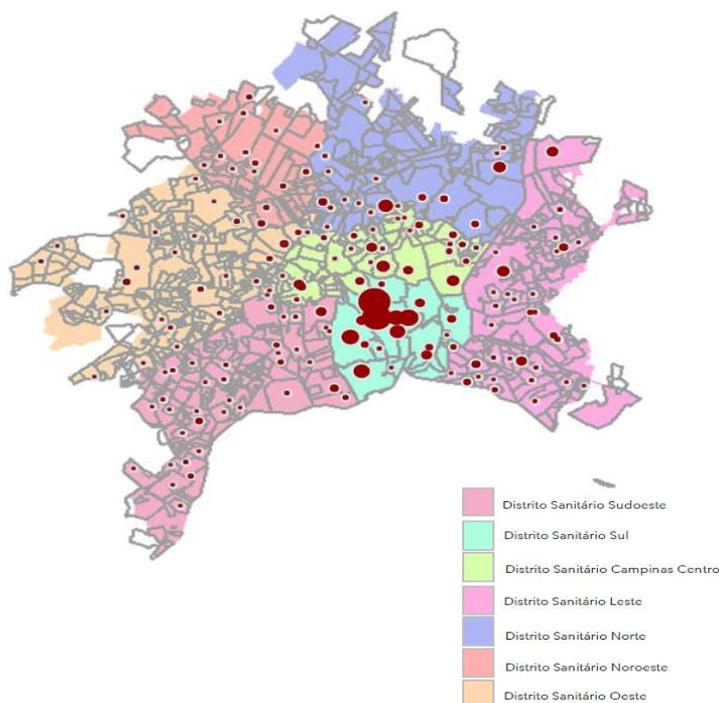
Fonte: Goiânia (2018)

Em relação à Atenção Primária em Saúde (APS) em Goiânia, essa modalidade de atendimento prioriza ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde de maneira completa e contínua para indivíduos e famílias. Os cuidados são oferecidos tanto em Centros de Saúde (CS) quanto em Unidades de Saúde da Família (USF), onde equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e, nas USF, agentes de saúde, prestam assistência. É relevante destacar que as Unidades de Saúde da Família (USF) atendem moradores de áreas específicas, visando acompanhar e desenvolver ações preventivas de saúde naquela comunidade (GOIÂNIA, 2018).

Atualmente, Goiânia conta com 21 Centros de Saúde e 53 Unidades de Saúde da Família, localizados prioritariamente em bairros com maior demanda por serviços de saúde e onde há uma concentração significativa de famílias em situação de vulnerabilidade. Esses estabelecimentos oferecem serviços que incluem consultas médicas, exames clínicos, aplicação de injeções, tratamento de feridas, vacinação, coleta de amostras para exames laboratoriais, atendimento odontológico, encaminhamentos para especialistas e disponibilização de medicamentos básicos (GOIÂNIA, 2018).

A Figura 6 apresentada a seguir, evidencia os Distritos Sanitários, na organização dos serviços de saúde no município de Goiânia-GO.

Figura 6 - Mapa dos distritos sanitários do município de Goiânia - GO



Fonte: Goiânia (2018)

4.2.4.2 Cuiabá

Cuiabá está organizada em 325 bairros que, por sua vez, se agrupam em Regiões Administrativas, identificadas conforme sua localização geográfica. Com essa estruturação, a cidade é composta pelas áreas Norte, Oeste, Leste e Sul. Como capital do estado de Mato Grosso, na Região Centro-Oeste do Brasil, Cuiabá também é conhecida por abrigar o Centro Geodésico da América do Sul. Ela faz parte da Região Metropolitana do Vale do Rio Cuiabá e representa o município mais populoso do estado, contando com 618.124 habitantes (CUIABÁ, 2019).

Desde 1998, Cuiabá está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com base na Resolução nº16/98, de 05 de junho de 1998, o que lhe garante o recebimento dos recursos, fundo a fundo, para a atenção primária e especializada, passando a ter autonomia e responsabilidades relativas à política de saúde de sua área geopolítica (MATO GROSSO, 1998). O SUS do município de Cuiabá é regido pela Lei Orgânica Municipal, de 05 de abril de 1990 e atualizada em 15 de dezembro de 2004 (CUIABÁ, 1990). Essa lei estabelece que o SUS-Cuiabá deve oferecer um conjunto de ações e serviços de saúde integrados a uma rede regionalizada e hierarquizada, que seja implementado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais de administração direta e indireta.

Segundo Pedrosa (2011), a Lei Orgânica Municipal, em seu Art. 168, estabeleceu a organização dos serviços de saúde especializados de alta complexidade e atenção básica. Nesse contexto, a unidade básica de serviços de saúde é representada pelos Centros de Saúde e sua rede de postos-satélite, os quais devem ter capacidade para oferecer atendimento geral de cura integrado às práticas de saúde coletiva. Isso inclui atividades como controle ambiental, controle de vetores, roedores e reservatórios, abordagem de doenças endêmicas, imunizações, vigilância sanitária e epidemiológica, acompanhamento nutricional, e controle das condições de saúde de grupos em situação de risco. Ademais, devem também prestar atendimento relacionado a doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e monitoramento das condições laborais (CUIABÁ, 1990). No Quadro 4, estão apresentadas as regiões de saúde do município de Cuiabá-MT, Regiões Administrativas correspondentes.

Quadro 4 - Regiões de saúde do município de Cuiabá-MT, e suas respectivas Regiões Administrativas

Regiões de Saúde	Regiões Administrativas
Norte	Centro Político Administrativo. Jardim Florianópolis. Jardim União. Jardim Vitória. Jardim Aroeiras. Morada da Serra (CPA cv, II, III, IV) Morada do Ouro. Nova Conquista. Novo Paraíso I,II. Primeiro de Março. Três Barras. Ouro Fino. Residencial Pádova. Serra Dourada. Doutor Fábio leite I e II(atual Santa fé). Altos da Glória. Jardim Umuarama I e II. Nova Canaã I,I e III. Jardim Brasil. Altos da Serra I e II.Centro America. Flor da Mata (área invadida). Tancredo Neves. Residencial Jardim Videira.
Oeste	Alvorada, Araés, Barra do Pari, Centro Norte, Centro Sul, Cidade Alta, Cidade Verde, Coophamil, Consil, Despraiado, Duque de Caxias, Goiabeiras, Jardim Beira Rio, Jardim Cuiabá, Jardim Mariana, Jardim Santa Isabel, Jardim Ubirajara, Jardim Monte Líbano, Jardim Primavera, Novo Colorado, Novo Terceiro, Parque Residencial, Tropical Ville, Popular, Porto, Quilombo, Ribeirão Da Ponte, Ribeirão do Lipa, Santa Marta, Santa Rosa, Residencial Sucuri, Verdão
Leste	Araés, Areão, Bandeirantes, Baú, Bela Marina, Bela Vista, Boa Esperança, Bosque da Saúde, Cachoeira das Garças, Campo Velho, São Mateus, Canjica, Carumbé, Dom Aquino, Dom Bosco, Grande Terceiro, Jardim Aclimação, Jardim das Américas, Jardim Califórnia, Jardim Eldorado, Jardim Europa, Jardim Imperial, Jardim Itália Jardim Leblon, Jardim Paulista Jardim Petrópolis, Jardim Shangri-Lá Jardim Tropical, Jardim Universitário Da Lixeira, Morada dos Nobres, Novo Mato Grosso, Novo Horizonte, Planalto, Paiaguás, Pedregal, Pico do Amor, Do Poção, Praeirinho, Praeiro Recanto dos Pássaros, Residencial Itamarati Residencial Santa Inês, Residencial São Carlos Santa Cruz, São Roque, Sol Nascente, Terra Nova, Do Terceiro, UFMT (<i>Campus</i> Universitário)
Sul	Parque Atalaia, Parque Cuiabá, Parque Georgia, Parque Residencial, Parque Ohara, Pascoal Ramos, Pedra 90, Real Parque, Residencial Coxipó, Residencial Itapajé, Residencial Santa Terezinha I, Residencial Santa Terezinha II, Santa Laura, São Gonçalo, São Gonçalo Beira Rio, São João Del Rei, São José, São Sebastião, São Francisco, Tijucal, Vista Alegre, Jd Itamarati.

Fonte: Cuiabá (2019)

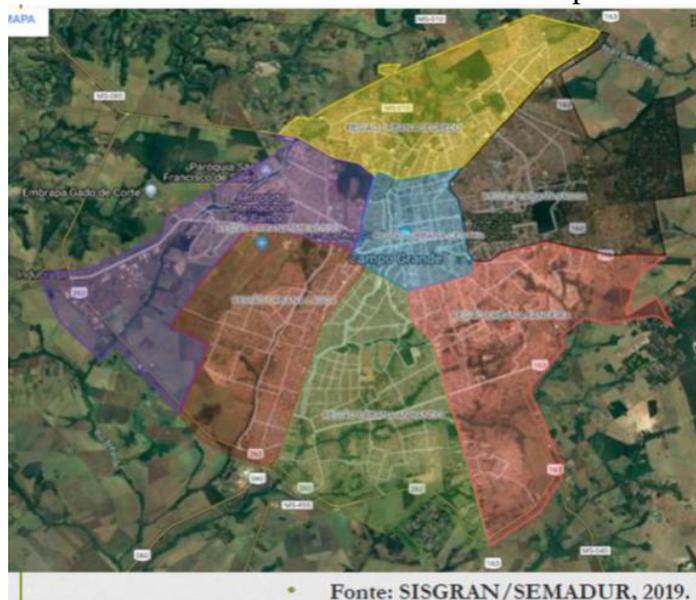
4.2.4.3 Campo Grande

Campo Grande é a capital do estado do Mato Grosso do Sul. Está situada na porção central estadual, em uma zona geográfica caracterizada pelo tipo climático tropical e pela vegetação de Cerrado. Na atualidade, a cidade conta com cerca de 900 mil habitantes (MUNDO EDUCAÇÃO, 2022)

Campo Grande, conta com 53 Unidades de Saúde da Família (USF) 147 equipes de Saúde da Família (eSF), 144 Equipes de Saúde Bucal (ESB). 16 Unidades Básica de Saúde (UBS) 54 equipes de Agentes de Comunitários de Saúde (eACS) e 12 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - Nasf/AB, (MUNDO EDUCAÇÃO, 2022)

A Figura 7, apresentada a seguir, ilustra distribuição dos Distritos Sanitários, do município de Campo Grande – MS.

Figura 7 - Mapa ilustrativo dos distritos sanitários do município de Campo Grande – MS



Fonte: Campo Grande (2019)

O Quadro 5, abaixo, apresenta as Regiões de Saúde do município de Campo Grande - MS e suas respectivas Regiões Administrativas e quantitativo da população.

Quadro 5 - Regiões de saúde do município de Campo Grande - MS e suas respectivas Regiões Administrativas e quantitativo da população

Regiões de Saúde	Regiões Administrativas	População
Centro	Jardim dos Estados, Cruzeiro, São Francisco, Cabreúva, Planalto, Amambaí – mais antigo da cidade -, Carvalho, Glória, Monte Líbano, São Bento, Itanhangá, Bela Vista.	71 mil

Segredo, ao norte da região central"	Nova Lima, Coronel Antonino, Monte Castelo, Mata do Segredo, Seminário, Nasser, José Abrão, Presidente, Santa Luzia, Marli, Bom Retiro, Parque dos Laranjais e Dona Dedé.	105.435.00
Prosa, a nordeste e leste	Novos Estados, Estrela Dalva, Mata do Jacinto, Margarida, Carandá Bosque, Autonomista, Santa Fé, Chácara Cachoeira, Veraneio, Noroeste, Chácara dos Poderes.	82.328
Bandeira, a sudeste e parte do sul	Maria Aparecida Pedrossian, Tiradentes, São Lourenço, Vilasboas, TV Morena, Jardim Paulista, Dr. Albuquerque, Carlota, Rita Vieira, Universitário, Moreninha	114 mil
Anhanduizinho, a sul e sudoeste;	Aero Rancho, Centro-Oeste, Parati, Alves Pereira, América, Centenário, Guanandi, Jacy, Jockey Club, Lageado, Los Angeles, Pioneiros, Piratininga e Taquarussu	185 mil
Lagoa, a sudoeste.	Bandeirantes, Taveirópolis, Caiçara, União, Leblon, São Conrado, Tijuca, Batistão, Coopavila II, Tarumã e Caiobá fazem parte da região do Lagoa. São Conrado e Leblon são os bairros mais populosos da região do Lagoa, que agrega as nascentes dos córregos Anhanduí, Seriema, Zardo, Buriti e Lagoa.	114.447
Imbirussu, a oeste	Sobrinho, Santo Antônio, Santo Amaro, Panamá, Popular, Nova Campo Grande, Núcleo Industrial. Cada bairro tem diversos loteamentos.	98.752

Fonte: Campo Grande (2019)

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os participantes da pesquisa são enfermeiros(as) da APS no Distrito Federal e nos municípios de Goiânia - GO, Cuiabá – MT e Campo Grande - MS, que se encontravam cadastrados junto à Base de Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme levantamento realizado e registros referentes ao ano de 2019, quando da definição dos participantes do estudo nacional do qual a presente pesquisa constitui-se em um extrato para a nossa investigação (SOUSA, 2022).

Como referência ao quantitativo de enfermeiros(as) em atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) na região Centro-Oeste, cadastrados junto à Base de Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2019, momento de definição da amostra tem-se que: no Distrito Federal, existiam 780 enfermeiros(as) cadastrados; no estado do Goiás, 2.277; no Mato Grosso, 1.306 e no estado do Mato Grosso do Sul, os registros apresentavam um total 1.074 enfermeiros(as); de acordo com Brasil (2019), citado por (SOUSA, 2022).

Para a definição da amostra, foi considerado critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: Foram incluídos todos(as) enfermeiros(as) em atuação, desenvolvendo práticas de assistência ou gestão na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios selecionados.

Crítérios de exclusão: Foram excluídos enfermeiros(as) que exerciam função de preceptoria nos serviços, consultorias; e aqueles que não tenham vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde. E, enfermeiros(as) que estivessem ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza, seguindo-se os mesmos critérios adotados na pesquisa nacional sobre as Práticas de Enfermagem no Contexto do Atenção Primária à Saúde (SOUSA, 2022).

O cálculo para o desenho da amostra na seleção dos(as) participantes da pesquisa, deu-se de forma semelhante àquele usado para a seleção dos municípios, de modo a seguir o método estatístico adotado para a pesquisa de abrangência nacional sobre a “Prática de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”. O critério de seleção foi feito de forma aleatória sem reposição. Os municípios cujo número de enfermeiros(as) atuando na Atenção Primária à Saúde (APS) era inferior aquele calculado para a amostra, foram excluídos do sorteio (SOUSA, 2022).

É importante reafirmar que para os municípios classificados na tipologia urbano, a prioridade foi dada às capitais com exceção à cidade de Brasília, em que foi considerado o Distrito Federal com todas as suas Regiões Administrativas.

O Quadro 6, a seguir apresenta o quantitativo de enfermeiros(as) selecionadas nos municípios de Goiânia-Go, Cuiabá-MT, Campo Grande - MS e no Distrito Federal.

Quadro 6 - Quantitativo de enfermeiros(as) em atuação na APS, nos municípios urbanos selecionados para a pesquisa

Tipologia	Nº de Municípios	Estados Selecionados	Municípios Selecionados	Nº de Enfermeiro(a)s em cada Município	Nº de Enfermeiro(a)s na Região/Tipologia
Urbano	4	Goiás	Goiânia	7	28
		Mato Grosso do Sul	Campo Grande	7	
		Mato Grosso	Cuiabá	7	
		Distrito Federal	Brasília e demais Regiões Administrativas	7	

Fonte: Sousa (2022)

4.4 Coleta de Dados

Para a obtenção dos dados, foi utilizada a base de dados da pesquisa nacional já anteriormente referenciada. A base de dados encontra-se ancorada no Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (NESP/CEAM/UnB). Para tanto, tem-se a formalização para o devido acesso ao conjunto de dados da referida pesquisa, a

partir da qual, estamos relacionando e organizando as informações coletadas juntos aos profissionais enfermeiros(as) que participaram da pesquisa qualitativa, nos municípios selecionados para estudo.

Destaca-se que para a coleta de dados da pesquisa qualitativa, utilizou-se um roteiro de entrevista individuais com enfermeiros da APS do DF e capitais do Centro Oeste, a partir de roteiros semi-estruturados, combinando perguntas abertas e fechadas. Entrevistas. As entrevistas foram gravadas de forma remota, tendo em vista o contexto da pandemia da Covid-19. Este roteiro foi previamente validado, através de um teste “piloto”, aplicado junto a um grupo de enfermeiros(as) do Distrito Federal e do estado do Espírito Santo (SOUSA, 2022).

O roteiro de entrevista foi constituído de perguntas abertas, contendo 03 blocos de questões (SOUSA,2022):

Bloco I - Dados Sociais;

Bloco II - Formação Profissional;

Bloco III – Perguntas relacionadas ao processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as) em atuação na Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde e no município local de atuação.

Diante da crise sanitária da Covid-19, os pesquisadores consideraram importante reorientar o roteiro de entrevista, de modo a contemplar questões que investigassem a atuação dos(as) enfermeiros(as) frente ao contexto pandêmico vivenciado; o que pode ser observado nas questões de números 13, 14 e 15 do roteiro de entrevistas em anexo (Anexo 1). As narrativas dos(as) pesquisados, referentes as estas perguntas serão bases para análise que se pretende nesta pesquisa de dissertação de mestrado proposta a partir deste projeto.

4.5 Processamento e Análise dos Dados

Considerando o conjunto de entrevistas realizadas com os enfermeiros(as) participantes da pesquisa nos municípios selecionados o processamento dos dados deu-se com a utilização do software NVivo®.

O software NVivo®, caracteriza-se como uma ferramenta utilizada para organizar e gerenciar dados de métodos qualitativos e mistos, e oferece uma experiência de análise de dados qualitativa intuitiva que ajuda a descobrir *insights* de pesquisa mais profundos (QSR INTERNACIONAL, 2020).

A análise das entrevistas dar-se-á, tendo como fundamentos a Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Segundo a autora consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem

uma comunicação e cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado.

De acordo com a autora referenciada, a análise dos conteúdos das entrevistas deve ser seguida as três etapas operacionais da análise temática:

- *Pré-análise* (determinação da unidade de registro e de contexto, dos recortes, da forma de categorização, da modalidade de codificação e dos conceitos teóricos mais gerais para a orientação da análise);

- *Exploração do material* (operação classificatória visando ao alcance do núcleo de compreensão do texto);

- *Tratamento dos resultados e as interpretações.*

4.6 Procedimentos Éticos

Por estar associado à pesquisa sobre a "Prática de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: Estudo Nacional de Métodos Mistos" (SOUSA, 2022), é importante destacar que este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, por meio do Parecer nº 3.619.308 e do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE nº 20814619.2.0000.0030. Todos os enfermeiros participantes da pesquisa consentiram por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando plenamente informados sobre os objetivos, a justificativa, a relevância da contribuição, a integridade na análise das informações, a garantia do anonimato e o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, caso assim optassem.

Em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), este estudo cumpre integralmente os requisitos éticos e legais necessários para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Considerando o contexto da pandemia de Covid-19, houve a necessidade de adaptar as modalidades de coleta de dados com os profissionais participantes. Destaca-se que o projeto de pesquisa foi submetido a uma nova avaliação e aprovação, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 2021. Essas normativas abordam a condução de pesquisas em ambiente virtual, incluindo a comunicação por telefone, devido à ausência física do pesquisador e dos sujeitos pesquisados (BRASIL, 2021).

O pesquisador que desenvolveu esta pesquisa de investigação para o seu estudo de dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (PPGCS/UnB), conhece e respeita a Resolução de acima referenciada,

a qual preceitua as Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisas utilizando seres humanos. Ao mesmo tempo, declara a inexistência de conflitos de interesses perante esta pesquisa.

4.6.1 Produtos esperados

- Artigo científico
- Relatório técnico com recomendações ao PNCM (artigo inserido como resultado).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

São apresentados a seguir, resultados, a partir das entrevistas dos(as) enfermeiros(as) da APS que participaram da pesquisa nos municípios selecionados para este estudo. Estes resultados caracterizam o perfil sociodemográfico e de formação profissional, tempo de atuação na APS, tipo de Unidades de Saúde e Modelos de Estratégias de atuação dos profissionais pesquisados; e renda salarial mensal nos diferentes pesquisados.

5.1 Perfil sociodemográfico dos(as) enfermeiros(as) da APS, participantes da pesquisa no Distrito Federal, e Goiânia - GO, Cuiabá - MT e Campo Grande – MS

5.1.1 Gênero, idade, raça/cor, renda, pós-graduação

A população estudada caracteriza-se por ser majoritariamente do sexo feminino, em todas as localidades pesquisadas (79%; n=22), pardas (54%; n=15) e possuir entre 40 e 50 anos (46%; n=13). Campo Grande se destacou, por apresentar 100% dos registros oriundos de pessoas do sexo feminino. No que diz respeito a pós-graduação, a maioria (49%; n=21) apresenta especialização *Latu Senso* na área de enfermagem ou em outras áreas. Apenas 5% (n=2) possuem pós-graduação *Stricto Senso*. Em relação à renda, o Distrito Federal (DF) apresentou os maiores salários, sendo a faixa mais frequente entre R\$8.000 e R\$9.000 (50%; n=12). Os resultados encontram-se na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 - Distribuição do quantitativo de enfermeiros(as) da APS, pesquisados(as) no Distrito Federal e nos municípios de Goiânia (Goiás), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul), com relação características sociodemográficas de interesse

Características Sociodemográficas dos(as) Enfermeiros(as)		Locais da Pesquisa									
		DF		Goiás		Cuiabá		Campo Grande		TOTAL	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	N
Gênero	Masculino	29	2	29	2	29	2	0	0	21	6
	Feminino	71	5	71	5	71	5	100	7	79	22
Raça/cor	Branco	29	2	43	3	29	2	43	3	36	10
	Pardo	57	4	57	4	57	4	43	3	54	15
	Preto	14	1			14	1			7	2
	Amarelo										
	Indígena							14	1	4	1
Idade	20 a 30 anos	29	2					29	2	14	4

	30 a 40 anos	29	2			29	2	29	2	21	6
	40 a 50 anos	43	3	71	5	43	3	29	2	46	13
	50 a 60 anos			29	2	29	2	14	1	18	5
	Mais de 60 anos										
Pós- graduação	<i>Latu senso</i> na área	50	6	33	3	60	6	50	6	49	21
	<i>Latu senso</i> outros	50	6	67	6	20	2	50	6	47	20
	<i>Strictu senso</i>					20	2			5	2
Renda	De R\$5.000,00 a R\$ 6.000,00					14	1	14	1	8	2
	De R\$ 6.000,00 a R\$ 7.000,00			43	3	29	2			21	5
	De R\$ 8.000,00 a R\$ 9.000,00	100	7	43	3	29	2			50	12
	Mais de R\$ 9.000,00			14	1	29	2	29	2	21	5

Fonte: Sousa (2022)

As características observadas, acompanham o perfil nacional da categoria. No Brasil, dados revelam que as mulheres representam 85% do total de enfermeiros e que, no que tange à raça e etnia, 47,9% daqueles que atuam na APS do Brasil, se autodeclararam pardos, percentual próximo ao encontrado nessa pesquisa (54%; n=15). Ademais, a busca por um maior nível de qualificação, segue tendência de pesquisa divulgada em 2022 - Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde, que revelou um percentual de 73,3% de enfermeiros com pós-graduação *lato sensu* na modalidade de especialização, entre os 7.308 enfermeiros pesquisados e na pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil que identificou 72,8% enfermeiros com pós-graduação apenas com especialização, entre os 413.184 atuando em todos os níveis de atenção em saúde (BRASIL, 2017).

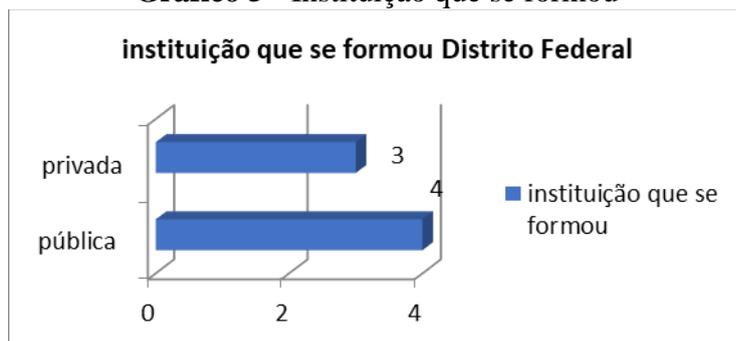
A realização de cursos de especialização pode ser uma característica presente em pessoas mais jovens (MACHADO, 2015). A faixa etária preponderante dos participantes dessa pesquisa está de acordo com um rejuvenescimento da categoria, vislumbrada em 2017. A pesquisa nacional realizada pelo COFEN, nessa época, revelou que enfermeiros(as) entre 26 a 35 anos, representavam 45% do total desses profissionais, seguida pela faixa etária de 36 a 50 anos (34,6%) (BRASIL, 2017). Tendência também encontrado em pesquisa mais recente onde a faixa etária mais comum foi de 36 a 40 anos, representando 24,3% do total¹².

A faixa salarial que mais se destacou nessa pesquisa, não acompanha dados nacionais. Valores inferiores a R\$ 5.000,00 (64,2%) de renda mensal, são preponderantes, no Brasil, entre os profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família. Contudo,

considerando-se a região Centro-Oeste, há uma associação com renda mensal superior a R\$ 9.000,00 e profissionais residentes nessa região, principalmente no DF (SOUSA, 2022), como apresentado nos resultados.

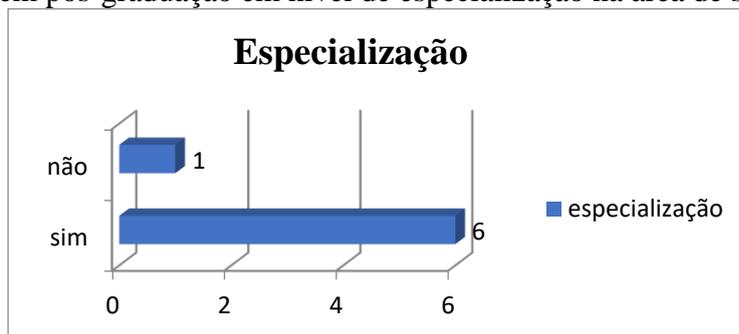
5.1.2 Perfil de formação profissional dos(as) enfermeiros(as) da APS, participantes da pesquisa no Distrito Federal

Gráfico 5 - Instituição que se formou



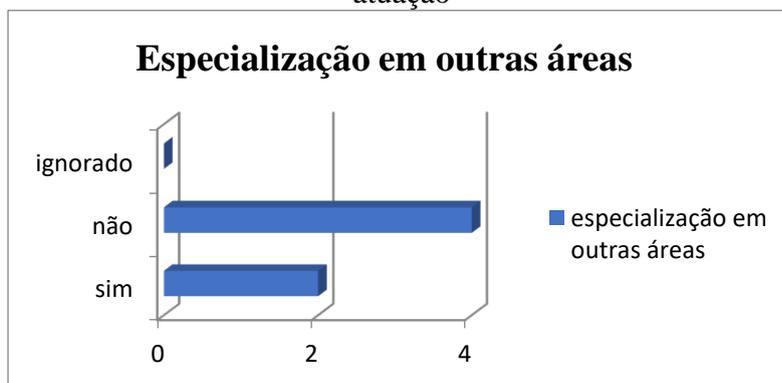
Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Gráfico 6 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no Distrito Federal que possuem pós-graduação em nível de especialização na área de sua atuação.



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Gráfico 7 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no Distrito Federal que possuem pós-graduação em nível de especialização em áreas não relacionadas à sua atuação



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

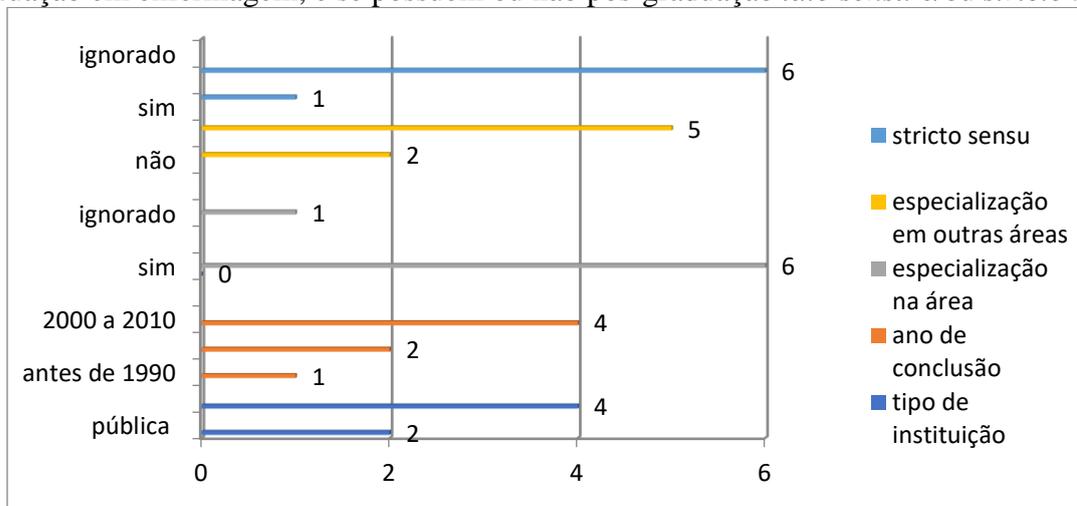
De acordo com os dados apresentado, verifica-se que os profissionais do Distrito Federal têm certo equilíbrio em sua formação. Dos sete, participantes, 4 formaram-se em instituições pública e três em instituições privadas. Quanto a especialização em sua área, seis afirmaram que possuem e apenas 1 não. A especialização em outras áreas quatro responderam que não e dois responderam que sim.

Apesar da amplitude e diversidade curricular dos programas de formação, muitos profissionais buscam cursos de especialização após a conclusão de sua formação básica. Estes cursos costumam ter duração de um a dois anos, proporcionando não apenas uma expansão de conhecimento, mas também preparando os profissionais para uma inserção mais competitiva no mercado de trabalho. Além disso, há aqueles que direcionam parte de suas trajetórias profissionais para cursos de mestrado e doutorado, visando aprimorar suas habilidades técnicas e profissionais (HAUBERT, 2017).

5.1.3 Perfil de formação profissional dos(as) enfermeiros(as) da APS, participantes da pesquisa no município de Goiânia (Goiás), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul).

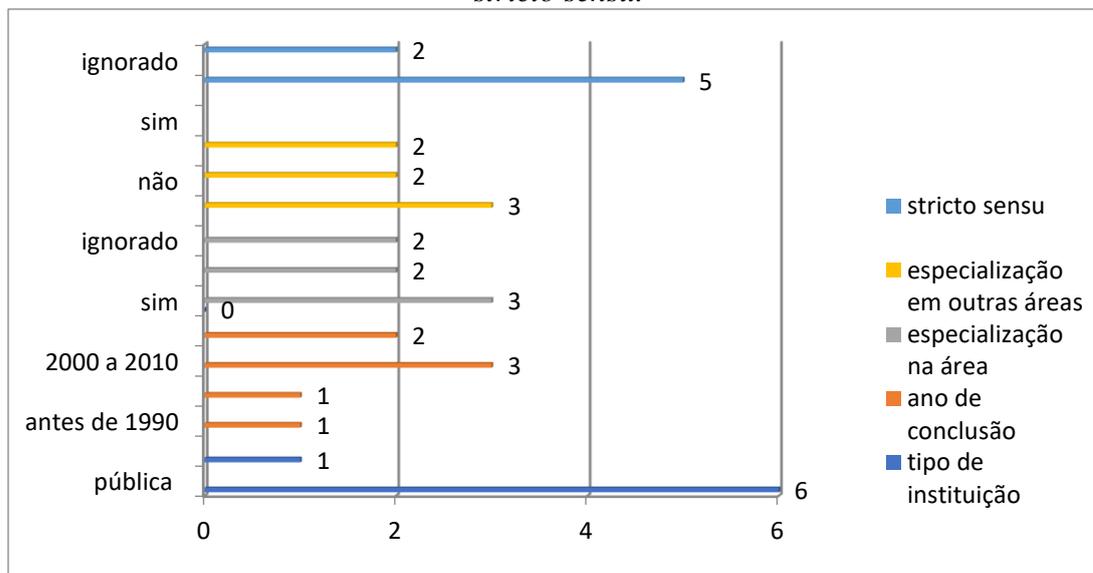
Os gráficos 8, 9 e 10, apresentados a seguir, caracterizam o perfil de formação dos enfermeiros(as) da APS, pesquisados em Goiânia (GO), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul), respectivamente. Podem observados os quantitativos de profissionais no que se refere à instituição formador (pública ou privada), ano de conclusão graduação em enfermagem, e se possuem ou não pós-graduação lato sensu e/ou stricto sensu.

Gráfico 8 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no município de Goiânia (Goiás) quanto a natureza de instituição formadora, pós-graduação, ano de conclusão graduação em enfermagem, e se possuem ou não pós-graduação *lato sensu* e/ou *stricto sensu*.



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

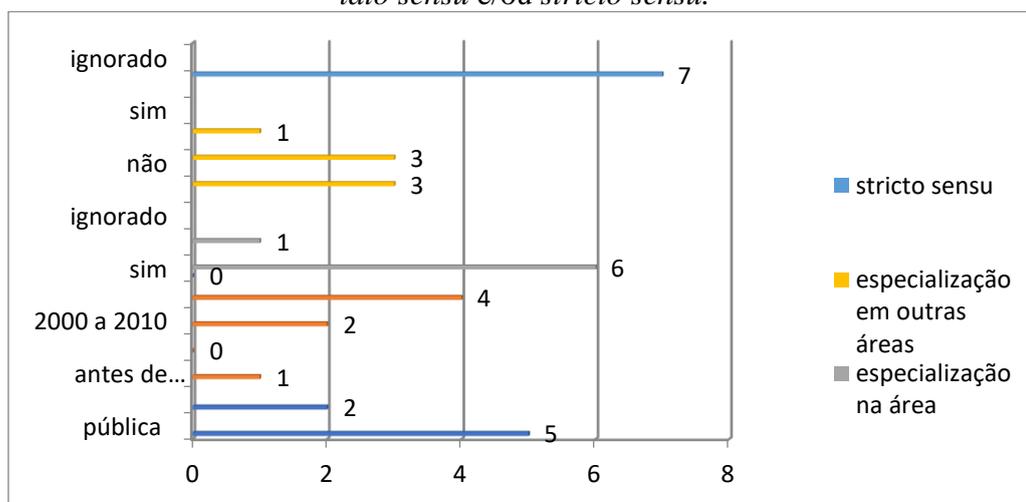
Gráfico 9 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no município de Cuiabá (Mato Grosso) quanto a natureza de instituição formadora, pós-graduação, ano de conclusão graduação em enfermagem, e se possuem ou não pós-graduação *lato sensu* e/ou *stricto sensu*.



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Gráfico 10 - Distribuição quantitativa dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no município de Campo Grande (Mato Grosso do Sul) quanto a natureza de instituição formadora, pós-

graduação, ano de conclusão graduação em enfermagem, e se possuem ou não pós-graduação *lato sensu* e/ou *stricto sensu*.



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

No Quadro 10, verifica-se que os profissionais participantes da pesquisa têm especialização em outras áreas 74% sendo que apenas 15% não tem especialização em outras áreas. 77% dos pesquisados tem especialização nas suas áreas contra 15% que não apresentam especialização em sua área. Quanto a *Strictu Sensu* apenas 13% afirmaram que tem 81% disseram que não.

5.1.4 Tempo de atuação dos profissionais pesquisados no Distrito Federal e nos municípios de Goiânia (Goiás), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul).

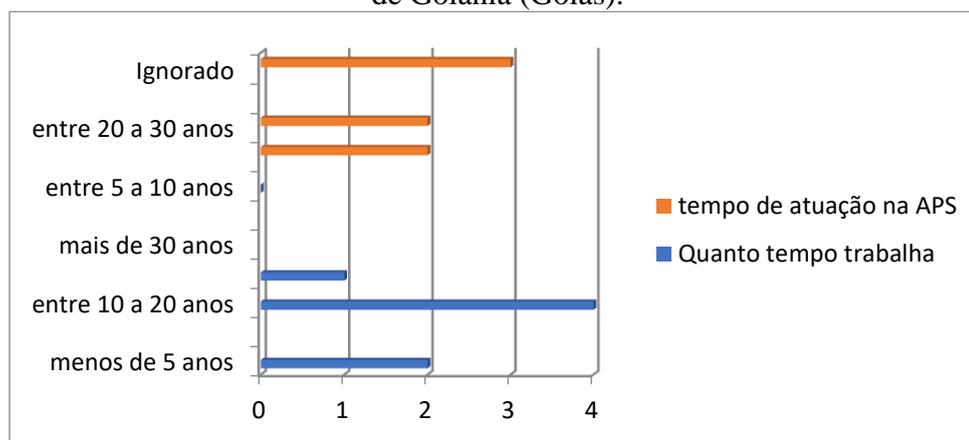
Gráfico 11 - Tempo de atuação dos(as) enfermeiros(as) da APS pesquisados(as) no Distrito Federal.



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

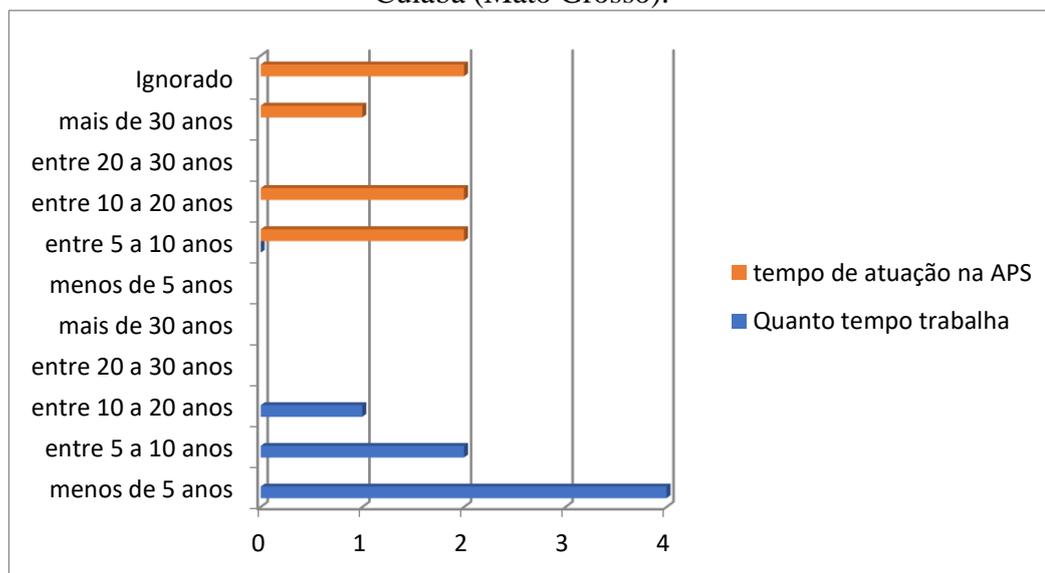
No Distrito Federal, os números apontam que a maioria dos participantes, cinco, atuam entre 5 a 10 anos. Já em Goiânia, esse tempo aumenta entre os participantes que ficam entre 5 a 10 anos e 20 a 30 anos.

Gráfico 12 - Tempo de atuação dos(as) enfermeiros(as) da APS pesquisados(as) no município de Goiânia (Goiás).



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

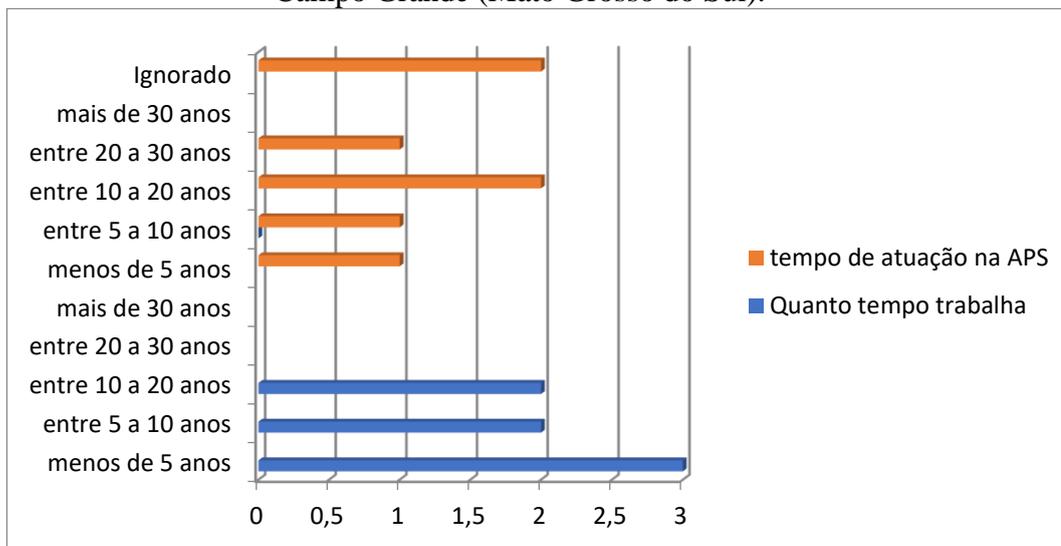
Gráfico 13 - Tempo de atuação dos(as) enfermeiros(as) da APS pesquisados(as) no município de Cuiabá (Mato Grosso).



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Em Cuiabá, o tempo de atuação nas APS também varia entre 5 a 10 anos e 20 a 30 anos. Em Campo Grande há um nivelando de tempo que atuam em todas as faixas etárias um aumento na variável de 10 a 20 anos.

Gráfico 14 - Tempo de atuação dos(as) enfermeiros(as) da APS pesquisados(as) no município Campo Grande (Mato Grosso do Sul).



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

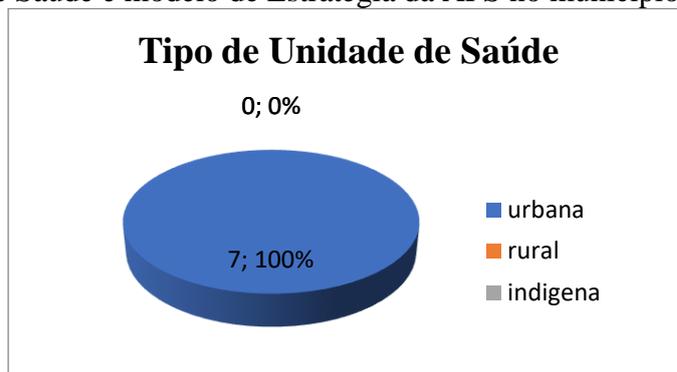
5.1.5 Tipo de Unidades Básicas de Saúde e Modelos de Estratégia do trabalho dos(as) enfermeiros(as) pesquisados no Distrito Federal e nos municípios de Goiânia (Goiás), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul)

Gráfico 15 - Quantitativo de enfermeiros(as) pesquisados(as) de acordo com os tipos de Unidade Básica de Saúde e modelo de Estratégia da APS no Distrito Federal



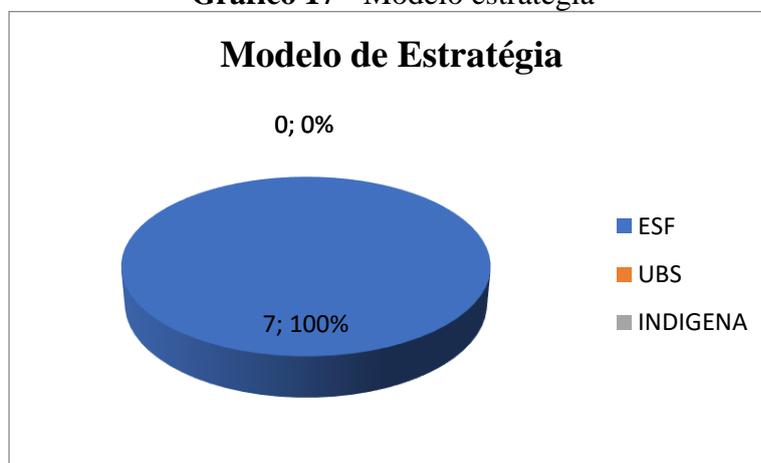
Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Gráfico 16 - Quantitativo de enfermeiros(as) pesquisados(as) de acordo com os tipos de Unidade Básica de Saúde e modelo de Estratégia da APS no município de Goiânia (Goiás)



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Gráfico 17 - Modelo estratégia

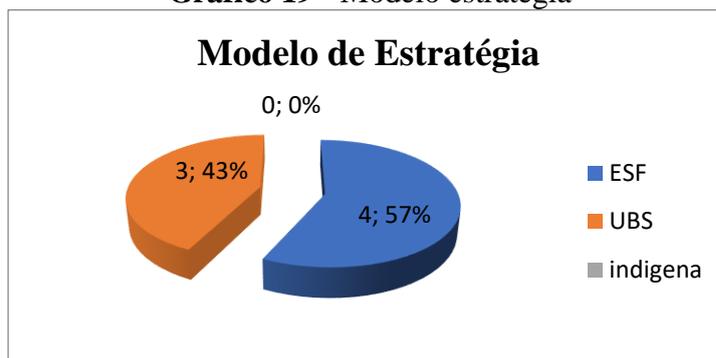


Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Gráfico 18 - Quantitativo de enfermeiros(as) pesquisados(as) de acordo com os tipos de Unidade Básica de Saúde e modelo de Estratégia da APS no município de Cuiabá (Mato Grosso).



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

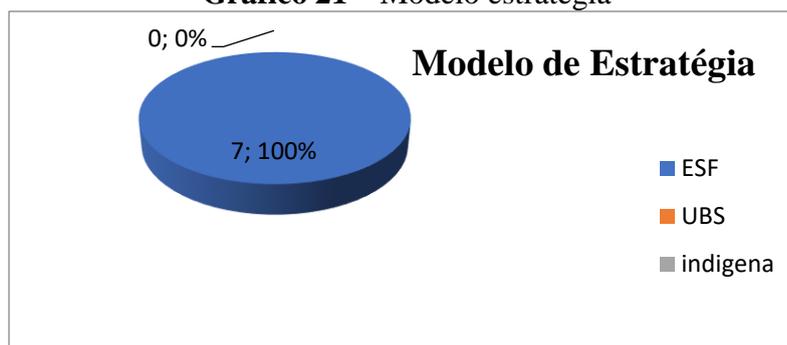
Gráfico 19 - Modelo estratégia

Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 20 - Quantitativo de enfermeiros(as) pesquisados(as) de acordo com os tipos de Unidade Básica de Saúde e modelo de Estratégia da APS no município de Campo Grande (Mato Grosso do Sul).



Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Gráfico 21 – Modelo estratégia

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Os dados demonstram que a maioria dos pesquisados exercem suas atividades em unidade de saúde Urbana 100%. Já a estratégia de saúde a maioria exerce a Estratégia Saúde da Família –ESF 80% e 20% exerce na UBS.

Conhecer o perfil dos profissionais de enfermagem pode contribuir para criar políticas públicas que possam auxiliar esses profissionais a exercerem melhor suas atividades nas unidades de saúde.

A pesquisa demonstrou que os profissionais em sua maioria, são jovens entre 30 anos a 50 anos e são casados, tem uma renda entre R\$ 9.000,00 a R\$ 15.000,00. Em especial no Distrito Federal. Onde esses profissionais apresentam a maior renda.

A maioria apresenta especialização em suas áreas (enfermagem) dado também visto em especialização em outras áreas. Poucos possuem especialização *Stricto Sensu*. Os dados da pesquisa também demonstram que a profissão de enfermagem continua sendo uma profissão majoritariamente feminina.

Contudo, nos dias atuais, há uma crescente presença masculina nessa profissão, impulsionada pela ampla oferta de oportunidades de trabalho não apenas em cuidados diretos aos pacientes, mas também em setores administrativos e de suporte (como recepção, serviços de lavanderia, auditoria, etc.) e na esfera educacional.

De acordo com uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o setor da saúde emprega cerca de 3,5 milhões de trabalhadores. Dentre esses, metade é representada por profissionais de enfermagem, incluindo técnicos, auxiliares e enfermeiros. Uma tendência predominante para o futuro da enfermagem é a crescente busca por maior qualificação profissional. No momento atual, apenas 23% dos profissionais dessa área possuem formação de graduação (MOURA, 2022).

5.2 Atuação dos enfermeiros(as) pesquisados(as) no enfrentamento à pandemia do covid-19

5.2.1 Atividades desenvolvidas durante a pandemia

Estão descritas a seguir, transcrições das falas dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as), as quais evidenciam as atividades desenvolvidas no enfrentamento às situações vivenciadas no cotidiano do trabalho na APS, no contexto da pandemia da covid-19. Destaca-se que os profissionais estão identificados pela letra “E” de entrevistado(a), seguido pela sigla de seu município e pelo número sequencial das entrevistas.

Ao serem questionados sobre as atividades desenvolvidas no período da pandemia, os(as) enfermeiros(as) relataram que as atividades foram interrompidas, como atendimento à clínica médica.

Nas narrativas a seguir, observa-se o que expressam os(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) no município de Cuiabá (CB):

“[...] Então assim, eu, e o médico estabelecemos [...] um fluxo de pacientes aqui dentro, de uma forma que a gente isolasse os pacientes com sinais e sintomas de

covid, para evitar que tivesse contato tanto com nossos funcionários, tanto com as outras pessoas que estivesse procurando serviços da unidade. [...], atendimento dos pacientes parte da triagem, preenchimento de documentos, notificações é esse atendimento a gente divide bem aqui [...].” (E_CB: 1).

“[...] Nas unidades a gente só estava atendendo mais demanda em forma de agendamento e encaminhamento. A gente estava fazendo de gestante, as gestantes a gente não parou a nenhum momento, e, [...], por exemplo, se era uma criança que precisava de acompanhamento, a gente estava também acompanhando. Fora isso a gente se adaptou para estar fazendo as visitas de puerpério, [...], principalmente as que eram de alto risco. Então, a gente optou por estar fazendo visita para essas pacientes, aí junto com essas visitas a gente fazia todo o procedimento, inclusive o teste do pezinho na casa, para mãe não precisar se deslocar na unidade já que a gente estava atendendo [...], mesmo, bastante paciente com suspeita de covid. [...]” (E_CB: 2).

“[...] interrompeu várias atividades [...]. A gente começou atender as muitas demandas; e que foram bastante [...], principais sintomáticos e atendemos mais essa população; assim outros demais atendimentos ficaram suspensos. Atualmente continua a gestante [...], o pré-natal, [...]” (E_CB: 3).

“[...] Olha, [...], era mais atendimento de covid. [...]” (E_CB: 4)>

“[...] Então assim, foi uma correria muito grande naquele boom de junho e julho. Foi bem, bem corrido. Então a gente precisava ter esse complemento, [...]. E às vezes quando chegava mais demanda do que a gente já estava, eu avaliava e já tentava ver se aguentava voltar de tarde porque não tinha como, o horário já tava preso e ainda tinha mais tanta gente pra atender e aí ficou naquela correria [...], o que dava pra resolver, já resolvia. Avaliar exame, [...], pra médica atender os assintomáticos pra liberar e deixar menos tempo essa pessoa dentro da unidade. Foi um pico bem corrido mesmo, na pandemia. [...]” (E_CB: 5).

“[...] Então durante a pandemia aqui em Cuiabá, [...] teve um protocolo que foi atender casos [...] sintomáticos respiratórios de urgência e emergência. Então assim, ficaram muitos programas, lógico os pacientes que já estavam com diagnóstico fechado de hanseníase e tuberculose de manter o cronograma entregando medicamentos. [...]” (E_CB: 6).

“[...] Nós, não estamos trabalhando com agendamento, mas com demanda espontânea não foi interrompido atendimento nenhum com prioridade para covid [...], tomando todos os cuidados de higienização, de não aglomerar pessoas né então isso, a gente tem feito o atendimento normal. [...]” (E_CB:7).

A partir dos resultados da pesquisa, destaca-se que foi necessária a reorganização dos fluxos de atendimento aos pacientes que apresentavam sintomas respiratórios, bem como foi necessário reorganizar as visitas domiciliares às e às crianças gestantes de alto risco. Também foi preciso adaptar a continuidade de programas essenciais, como por exemplo, aqueles relacionados à hanseníase e tuberculose. Ocorreu a suspensão ou redução de atendimentos que não estivessem relação com a covid-19, a fim de dar prioridade aos casos urgentes. Não obstante a sobrecarga de trabalho e recursos limitados, o atendimento pelos enfermeiros foi mantido, adotando medidas de higiene para assegurar a segurança de todos envolvidos. As respostas dos participantes demonstram a resiliência e o compromisso dos profissionais de enfermagem no oferecimento de um atendimento de qualidade, mesmo com as dificuldades impostas pela pandemia da covid-19.

Segundo Farah *et al.* (2016), a supervisão de enfermagem é uma função administrativa, porém é uma ferramenta necessária para o planejamento, a organização, a coordenação, a

avaliação do trabalho da equipe, com foco numa melhor assistência a ser prestada aos usuários. Durante a pandemia de Covid-19 muitas das rotinas e protocolos de atendimento tiveram que ser interrompidos causados pela grande demanda de pessoas que apresentavam os sintomas ou pela falta de profissionais que tiveram que se ausentar das suas funções por terem contraído a doença (OPAS, 2022).

Para os(as) enfermeiros(as) da APS, participantes da pesquisa no município de Goiânia (GO), as suas atividades sofreram grandes mudanças no decorrer da pandemia da covid-19. As transcrições descritas a seguir, evidenciam as mudanças ocorridas.

Vejam os que dizem os(as) profissionais sobre a rotina de trabalho no momento da crise sanitária vivenciada.

“[...] A gente tá atendendo, fazendo prevenção, [...], atendendo covid [...]. Aqui a gente notifica, a gente colhia o exame, mas parou de colher, aí a gente notifica e encaminha [...]. E atendimento a gestante, é o que mais está aparecendo, e atendemos muita demanda [...] suspeita de câncer, algum problema na pressão, hipertenso essas coisas, que a pessoa nem sabia que tinha. Está aparecendo muita depressão também, [...].” (E_GO:1).

“[...] Na pandemia, a enfermeira tem feito o acolhimento de covid, [...]. A gente acolhe o paciente quando tem suspeita, coleta todos os dados [...], pra o paciente não ter que entrar na recepção a gente já coleta esses dados e leva na recepção, já lança no sistema. [...].” (E_GO: 3).

“[...] As reuniões acabaram. Mas assim, todas as pessoas que procuram, às vezes chega lá pra procurar, a gente orienta. Sabe? A gente orienta, tem um pessoalzinho, um senhorzinho, uma senhorazinha, umas senhorinhas que vai lá para aferir pressão, “não vem”, você tá correndo risco, tá correndo risco, [...].” (E_GO: 4).

“[...] Mudou muito, mudou muito. Muitas mães falam assim: Oh! [...], eu não tenho vindo trazer meu bebê aqui e tal porque eu tô com medo, tô com receio tal, por isso que eu não trouxe. [...].” (E_GO:5).

“[...] Estamos realizando atendimentos, trabalhando na prevenção e lidando com casos de covid. Aqui na nossa área, realizamos notificações, antes fazíamos a coleta de exames, mas interrompemos esse procedimento. [...] Agora, apenas notificamos e encaminhamos os pacientes. Além disso, estamos oferecendo assistência a gestantes, o que tem sido o mais comum. Também estamos atendendo muitos casos suspeitos de câncer, problemas de pressão e hipertensão, muitas vezes desconhecidos pelas pessoas. [...] Observamos um aumento significativo nos casos de depressão também.” E_GO: 6.

“[...] Reduziu o número de atendimentos, mas continua. Continua atendendo antirrábica, tuberculose, hanseníase. Não mudou não. A gente continua atendendo, um número menor, mas a gente continua atendendo. O que aconteceu foi que muito médico entrou de licença. Muita gente entrou de férias. Foi reduzida [...] a grade de atendimento de 100 para 50%, então, o número de pessoas na unidade de saúde diminuiu bastante, mas o serviço continuou o mesmo. Achei que diminuíram as pessoas, mas o serviço continuou o mesmo. [...].” (E_GO 7).

As respostas dos profissionais de enfermagem durante a crise sanitária refletem a adaptação e as mudanças significativas na rotina de trabalho nos serviços de saúde. A atenção aos casos de COVID-19 se intensificou, com protocolos específicos para identificação, coleta de dados e encaminhamento dos pacientes suspeitos, reduzindo a exposição nas áreas comuns. A demanda por atendimento de gestantes e problemas de saúde crônicos persistiu, destacando-

se também o aumento de casos de depressão e a conscientização dos pacientes sobre os riscos de visitar a unidade de saúde durante a pandemia. Apesar da redução no número de atendimentos e de profissionais disponíveis, serviços essenciais como tratamentos antirrábicos, tuberculose e hanseníase continuaram a ser oferecidos, apesar da menor capacidade de atendimento devido à licença ou férias de médicos e à redução da capacidade de atendimento presencial. Essas narrativas refletem a resiliência e a adaptação dos profissionais de enfermagem frente aos desafios impostos pela pandemia.

De acordo com Alvarenga (2022) as necessidades da população no período da pandemia colocaram os profissionais de enfermagem em situações complexas e difíceis que demandavam profissionais qualificados no atendimento da população. Ou seja, o contexto da pandemia trouxe à tona novas necessidades e assim exigiu dos profissionais uma nova prática de suas atividades nas UBS.

Neste mesmo contexto, Galon, Navarro e Gonçalves (2022) descreveram que a crise gerada pela COVID-19 agravou as condições precárias de trabalho dos enfermeiros, aumentando também o impacto negativo na saúde mental desses profissionais. Isso ressalta a necessidade imediata de melhorias nas condições laborais e na promoção da saúde, essenciais para assegurar a proteção e a dignidade desses trabalhadores. Tudo isso reflete exatamente o que foi narrado pelos participantes da pesquisa.

Para os(as) profissionais entrevistados(as) no município de Campo Grande (CG), no enfrentamento à pandemia do covid-19, suas atividades no processo de trabalho da APS, também sofreram mudanças.

Os(As) enfermeiros(as) relataram:

“[...] Além de todas que a gente sempre desenvolvia [...], acrescentou-se a realização de teste rápido, a realização de swab e o monitoramento, tele monitoramento também para os pacientes de covid, [...]” (E_CG:1).

“[...] A pandemia nos fez refletir da assistência que a gente estava prestando, a forma como a gente estava prestando [...], então ela possibilitou ver que o trabalho não podia parar ele tinha que continuar, mas com uma forma mais organizada. [...]” (E_CG:3).

“[...] foi a classificação de risco, que aí a gente teve que dividir em sintomático e não sintomático respiratório, e tocar a demanda. Até fugiu um pouco da nossa realidade de saúde da família. [...]” (E_CG:4).

“[...] As consultas gerais, de todos os ciclos, a gente faz palestras ali no salão dos pacientes. A parte burocrática continua e aumentou muito mais ainda [...]. Aumentaram bastante os novos serviços, [...], têm muitas planilhas e um monte de formulários para a gente preencher e tudo mais, [...]” (E_CG: 5).

“[...] A classificação de risco que toma mais tempo. Mas, não só a pandemia, mas, esse novo modelo da SF, por que acabando a pandemia a gente vai continuar sendo SF e classificando, [...]” (E_CG: 6).

“[...] as outras demandas de acompanhamento pararam também as consultas, então a gente ficou só para atender pacientes sintomático respiratório e na época também estava tendo a epidemia de dengue, zika e chikungunya, então a gente só estava atendendo isso, [...]” (E_CG:7).

Os relatos dos enfermeiros evidenciam a necessidade de adaptação e reorganização dos serviços de saúde diante da pandemia. Essas mudanças não apenas alteraram as rotinas e prioridades de atendimento, mas também trouxeram à tona a importância de reavaliar a forma como o trabalho é conduzido. Os desafios enfrentados incluíram a implementação de novos procedimentos, a ampliação das responsabilidades e a necessidade de se manter uma assistência organizada e eficiente. O destaque vai para a continuidade do planejamento e da revisão das práticas mesmo após o término da pandemia, evidenciando a importância de aprendizados para um futuro mais adaptável e eficaz no cuidado à saúde.

Nesta mesma seara, seguindo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi requerida uma reestruturação do sistema de saúde, incluindo mudanças no atendimento prestado à população. Durante esse período, os estabelecimentos de saúde foram temporariamente fechados visando à proteção dos pacientes crônicos, seus familiares e da comunidade em geral (QUINTINO; LEACHI, 2022). Isso desencadeou uma batalha conduzida pelos profissionais de saúde contra essa doença, com o objetivo de mitigar as graves consequências e seu potencial fatal (TONIN, *et al.*, 2020).

Os entrevistados do Distrito Federal (DF) relataram suas atividades no período da pandemia, destacando:

“ [...] Consulta de enfermagem ao paciente sintomático respiratório [...], triagem, [...] Que a gente acaba fazendo [...], vacinação do covid que normalmente é enfermeiro que faz. [...]” (E_DF: 1).

“[...] a gente teve que estabelecer alguns protocolos de atendimento diferenciados [...], atendimento ao paciente sintomático respiratório, [...]” (E_DF: 2).

“[...] o que a gente não suspendeu foi o grupo da [...] gestante, aí essa a gente achou essencial com certa consideração, foi o único que a gente não suspendeu. [...]” (E_DF:3).

“[...] Tá bem restrito agora, de novo com o aumento dos casos a gente restringiu pra gestante, o RN, e consulta de um mês de recém nascidos, e diabéticos descompensados que tem muitos, demanda de casos agudos e diabéticos e hipertensos descompensados [...], curativo, que mantém, acho que é isso, que tá atendendo. [...]” (E_DF:4).

“[...] Estamos mais voltados às consultas que existem, estamos marcando as consultas por hora, atendendo quadros de urgência e emergência, atendendo gestantes, crianças, separando pacientes com e sem síndromes respiratórias. [...]” (E_DF: 5).

“[...] Faço ações de dengue e endemias, isso aí a gente faz muito, tanto no atendimento individual como no coletivo. E continuamos até hoje. [...]” (E_DF: 6).

“[...] atenção aos problemas respiratórios, essa pandemia tá aí. Então, a gente tá fazendo acompanhamento de bebês e fazendo planejamento familiar, se falar que é anticoncepcional a gente dá um jeito de prescrever. A renovação de receita dos diabéticos e hipertensos, os curativos, auxílio domiciliar aos pacientes acamados. Aí, a gente tá fazendo isso, as reuniões e é só isso mesmo. Tá bem restrito por conta da pandemia. [...]” (E_DF: 7).

Os relatos dos profissionais de enfermagem do Distrito Federal durante o período da pandemia destacam uma série de adaptações e reorganizações nas atividades de saúde. As

mudanças nos protocolos de atendimento visaram atender pacientes sintomáticos respiratórios, realizar vacinações, além de priorizar certos grupos, como gestantes e recém-nascidos. Houve também uma ênfase no atendimento de quadros de urgência e emergência, cuidados com doenças crônicas e ações de prevenção para endemias como a dengue. Essas adaptações demonstram a flexibilidade e capacidade de resposta dos profissionais de enfermagem diante das necessidades emergentes durante o contexto desafiador da pandemia.

De acordo com Teixeira *et al.* (2020), o principal desafio de saúde que afetou os profissionais diretamente envolvidos no cuidado de pacientes com sintomas ou diagnóstico de infecção por covid-19 foi o risco de contaminação pela doença. Existem várias evidências que apontam para o elevado nível de exposição e contágio dos profissionais de saúde pelo covid-19. Este fator foi determinante para uma reorganização das atividades desenvolvidas na área de saúde.

Observou-se, portanto, que as experiências vivenciadas durante a pandemia por covid-19 exigiram dos enfermeiros resiliência, compromisso, adaptação, capacitação para as novas exigências e uma nova cultura de organização do serviço. Embora tenha sido extremamente exigente trabalhar na pandemia, o fato de ter incluído modificações criativas por parte dos trabalhadores também os requisitou integralmente e os tornou protagonistas, agregando sentido e significando a esse trabalho.

A literatura destaca, neste contexto, a relevância da abordagem ergológica desenvolvida por Yves Schwartz para os estudos organizacionais sobre trabalho. Ele ressalta a importância de deslocar o foco do trabalho prescrito para o trabalho real, considerando toda a complexidade envolvida, incluindo a dimensão do uso de si mesmo e dos outros, os valores e normas dos trabalhadores, a pertinência dos coletivos sobre os grupos hierárquicos, entre outros aspectos (HOLZ; BIANCO, 2014).

Além disso, Holz e Bianco (2014) mencionam a necessidade de uma abordagem mais flexível na gestão, que leve em conta as singularidades de cada situação e reconheça a contradição entre normas necessárias e renormalizações, destacando que a gestão é mais uma arte do que uma técnica.

Os autores ressaltam que não se trata de abrir mão dos instrumentos gerenciais, mas sim de adaptá-los de forma reflexiva e contextualizada diante da complexidade da atividade humana. A Ergologia busca conhecer de perto o trabalho e propor melhorias a partir disso.

Por fim, sugere-se a incorporação da noção de renormalização através do diálogo com os trabalhadores na concepção de gestão, visando antecipar e normatizar aspectos paradoxais da gestão em um contexto de gestão ad hoc. O estudo aponta para possibilidades de pesquisas

futuras no campo dos estudos organizacionais a partir dessas reflexões (HOLZ; BIANCO, 2014).

O Quadro 7, abaixo, apresenta um comparativo relacionado às atividades desenvolvidas durante a pandemia pelos enfermeiros da região Centro Oeste e o Distrito Federal.

Quadro 7 - comparativo relacionado às atividades desenvolvidas durante a pandemia

Aspecto	Enfermeiros de Cuiabá (CB)	Enfermeiros de Goiânia (GO)	Enfermeiros de Campo Grande (CG)	Enfermeiros do Distrito Federal (DF)
Atividades durante a pandemia	- Divisão de fluxo de pacientes com sintomas de covid; triagem e atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios; acompanhamento de gestantes de alto risco; realização de testes e monitoramento de covid.	- Atendimento de gestantes, pacientes sintomáticos respiratórios, e casos suspeitos de câncer, hipertensão e depressão; implementação de protocolos de atendimento diferenciados; coleta de dados para pacientes suspeitos de covid; classificação de risco.	- Atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios; priorização de atendimentos urgentes e emergentes; continuação de programas essenciais como vacinação e tratamento de doenças crônicas; realização de consultas e palestras; preenchimento de formulários e planilhas.	- Consulta e triagem de pacientes sintomáticos respiratórios; realização de testes e vacinação para covid; acompanhamento de gestantes e recém-nascidos; atendimento a casos agudos e crônicos; ações de prevenção para endemias como dengue.
Impacto da pandemia	- Interrupção ou redução de atividades não relacionadas à covid-19; reorganização dos fluxos de atendimento; sobrecarga de trabalho; adoção de medidas de higiene e segurança.	- Adaptação e reorganização dos serviços de saúde; aumento de casos de depressão e doenças crônicas; conscientização sobre os riscos de visitar a unidade de saúde durante a pandemia.	- Alteração das rotinas e prioridades de atendimento; ampliação das responsabilidades; necessidade de manter assistência organizada e eficiente.	- Necessidade de adaptação e reorganização dos serviços; ênfase no atendimento de casos urgentes e emergentes; continuidade de programas essenciais; flexibilidade e capacidade de resposta diante das necessidades emergentes.

Desafios enfrentados	- Sobrecarga de trabalho; recursos limitados; reorganização dos fluxos de atendimento; risco de contaminação pela covid-19.	- Adaptação às novas exigências e mudanças na rotina; conscientização dos pacientes sobre os riscos de visitar a unidade de saúde; redução no número de atendimentos e de profissionais disponíveis.	- Implementação de novos procedimentos e protocolos; ampliação das responsabilidades; manutenção da assistência organizada e eficiente; reflexão sobre a forma como o trabalho é conduzido.	- Adaptação e reorganização dos serviços de saúde; enfrentamento da sobrecarga de trabalho; flexibilidade e capacidade de resposta diante das necessidades emergentes.
Perspectivas futuras	- Melhoria das condições laborais e promoção da saúde mental dos profissionais; gestão mais flexível e adaptativa; diálogo com os trabalhadores para antecipar e normatizar aspectos paradoxais da gestão.	- Necessidade de uma abordagem ergológica na gestão; adaptação reflexiva e contextualizada dos instrumentos gerenciais; incorporação da noção de renormalização através do diálogo com os trabalhadores.	- Reflexão sobre as práticas de trabalho durante e após a pandemia; valorização da resiliência e adaptação dos profissionais; aprendizados para um futuro mais adaptável e eficaz no cuidado à saúde.	- Exploração de possibilidades de pesquisa futura no campo dos estudos organizacionais; diálogo com os trabalhadores para propostas de melhorias a partir do conhecimento do trabalho real.

Fonte: elaborado pelo autor (2024)

Em suma, os relatos dos enfermeiros das diferentes regiões do Centro Oeste durante a pandemia de covid-19 destacam os desafios enfrentados, as adaptações realizadas e as perspectivas futuras para a prática da enfermagem na APS. A sobrecarga de trabalho, a reorganização dos serviços, a necessidade de adaptação e a busca por uma gestão mais flexível foram pontos comuns em suas experiências. Além disso, a valorização da resiliência e do compromisso dos profissionais em oferecer um atendimento de qualidade mesmo diante das dificuldades impostas pela pandemia foi evidente em todos os relatos. Considerando as reflexões sobre uma abordagem ergológica na gestão e a necessidade de diálogo com os trabalhadores para propostas de melhorias, abre-se um horizonte de possibilidades para pesquisas futuras e para uma prática mais adaptável e eficaz no cuidado à saúde, visando sempre o bem-estar dos profissionais e da população atendida.

5.2.2 Desafios enfrentados durante a pandemia

No decorrer da pandemia da covid-19, os enfermeiros e enfermeiras tiveram inúmeros desafios no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, que foram desde a falta de equipamento de proteção individual (EPI). O aumento da demanda de usuários da rede pública; escassez de material para teste. A enfermagem brasileira também enfrentou desafios relacionados às condições inadequadas de trabalho. Os hospitais e clínicas estavam lotados, com falta de leitos e recursos, o que tornou o trabalho ainda mais difícil (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

De acordo com os relatos dos profissionais de Cuiabá essa realidade foi a mesma enfrentada por eles.

“[...] Olha, a gente tem uma falta de reconhecimento pelo serviço prestado muito grande; e a gente entrou em um nível de stress muito grande, durante esta pandemia [...]. Acho que todo mundo que tá no trabalho na ponta, e sofreu com isso, eu tive covid, fiquei bem, bem mal com a situação. Graças a Deus, não precisei chegar ser internada. Fiquei bem debilitada. Minha mãe teve covid, ficou internada; mas, graças a Deus saiu do hospital. Então assim, além da situação de stress que todo mundo passou, a falta de reconhecimento com o trabalho que a gente sofreu no município foi muito difícil [...]. A gente não vê reconhecimento nenhum, por tudo que tem sido feito, o corte das nossas férias, tá todo mundo com monte de férias vencidas sem poder tirar. [...]” (E_CB 1).

“[...] Os desafios maiores são realmente em relação ao processo de trabalho que a gente, quando vê que os funcionários começaram a ficar doentes e tal [...], a gente está com bastante paciente, por exemplo Agente de Saúde que tem comorbidade [...], então fica área está descoberta, [...], a gente fica totalmente sem saber como que está essa população de áreas descobertas, então a gente estava com bastante [...] dificuldade. Então por exemplo, sai o encaminhamento que muitas vezes eles que atendiam, eles que levavam até na casa [...], então a gente está tendo essas dificuldades e esses desafios que a gente anda discutindo para ver como que vai estar superando. E como agora, diminuiu bastante, [...] acho que o desafio maior é esse, das áreas que estão descobertas pelas pessoas estarem em grupo de risco, enquanto isso, a gente está de adequando para fazer esse processo de trabalho. E esse acompanhamento na realidade. [...]” (E_CB: 2).

“[...] Foram os atendimentos mesmo, pra outros tipos, outros tipos de atendimento, só ficou o foco mesmo no atendimento para sintomáticos [...], suspeitos de covid ou dos demais. [...]” (E_CB: 3).

“[...] Olha, nessa pandemia a nossa dificuldade foi em relação a fazer os exames, porque tinha que esperar dar oito dias, e aí as vezes o paciente ia atrás de outros meios pra fazer o exame, e aí me deixava muito frustrada, porque aí a gente ficava sem resultado, ele não voltava, e aí se a gente tivesse os exames aqui pra gente fazer seria muito mais viável, só que a gente não teve, então a gente tinha que solicitar. [...]” (E_CB: 4).

“[...] Eu acho assim, que a maior limitação foi na questão da solicitação do exame de covid. Tipo, então isso foi a questão da solicitação dos exames, a tomografia, dos exames, já chegava pra ele e aí o paciente já retornava com o negócio pronto pro colega médico já dar o restante da avaliação. [...]” (E_CB: 5).

“[...] Eu acho que é em relação a falta de conhecimento de muitos profissionais, porque o que mais assim eu acho, o mais triste é falta de orientação para os pacientes. Como a nossa unidade é referência e o desencontro de informações acho que gera muito conflito. Eu acho que isso foi o pior dessa pandemia; muitas informações

desencontradas, cada profissional falando uma linguagem diferente, [...], enquanto uns falavam uma coisa outro falava outra, eu falei assim, até questão de não precisava nem ser um exemplo o teste de rápido. [...].” (E_CB: 6).

“[...] No contexto da pandemia ou fora dele, eu acho que a enfermagem precisa se unir mais como uma classe. Entendeu? Lutar mais pelos seus direitos, a gente tem deveres mas a gente tem direitos [...], então a gente vê que ainda existe uma diferença [...] e quem quando você fala tá na linha de frente até chegar no médico primeiro passa pela enfermagem [...].” (E_CB: 7).

Os entrevistados de Cuiabá declararam em suas entrevistas que tiveram inúmeros desafios desde o estresse provocado pela sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado, à falta de informação sobre os dados da pandemia em suas áreas.

As falas dos profissionais demonstram que infelizmente foi uma realidade percebida por eles, falta de informação e recursos para o trabalho nas UBS/ESF em plena pandemia. A enfermagem brasileira também teve que lidar com o medo de contrair a covid-19. A falta de EPIs adequados e a natureza altamente contagiosa da doença aumentando o risco de infecção entre os profissionais de saúde a entrevistada nº. 1 relatou que contraiu a doença.

Conforme Teixeira *et al.* (2020), estudos sobre o controle da infecção por covid-19 entre profissionais de saúde envolvidos no combate à pandemia reforçam a importância de medidas preventivas para reduzir o risco de infecção. Tanto os profissionais hospitalares quanto os da atenção primária devem priorizar a lavagem das mãos e o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como gorros, máscaras N95, luvas internas e externas, óculos de proteção, roupas e aventais de proteção, capas para sapatos e escudos faciais.

Dentro desse mesmo cenário, Neves (2022) mencionou que além das máscaras e luvas, há outros dispositivos de segurança que devem ser utilizados de maneira criteriosa na luta contra a Covid-19. Nesse contexto, os profissionais de saúde precisaram recorrer a óculos de proteção ou protetores faciais, trajes de manga longa ou macacões com pés e capuz impermeáveis, aventais impermeáveis e respiradores, além de outros dispositivos de proteção coletiva, como cabines de segurança biológica, quando necessário. Os profissionais de saúde adotaram precauções adicionais para se resguardar e impedir a disseminação do vírus no ambiente de trabalho, o que inclui a habilidade para selecionar o Equipamento de Proteção Individual (EPI) apropriado, receber capacitação sobre o uso e remoção corretos do EPI e seguir as diretrizes para descarte conforme as normativas de segurança, uma vez que esses materiais são considerados potencialmente contaminados.

Para os(as) profissionais entrevistados(as) de Goiânia os desafios enfrentados também foram muitos, as narrativas transcritas enfermeiros(as) revelam que:

“[...] Então, tem algumas coisas que falta [...], assim, até de material mesmo de limpeza. [...]” (E_GO: 1).

“[...] A princípio tinha a falta do material, até o pessoal conseguir ajustar. A gente faz o encaminhamento para o paciente às vezes pra UPA, e tem uma certa demora no atendimento desse paciente. Porque tá tudo lotado [...].” (E_GO: 2).

“[...] Superlotação, falta de material, falta de estrutura física adequada, risco, demanda de trabalho excessivo. [...].” (E_GO: 3).

“[...] A falta de EPI, às vezes no início estava faltando muito, [...].” (E_GO: 4).

“[...] Eu acho que os PSF, na minha opinião, eles não estão preparados, nem com equipamentos, nem com material, nem com insumos. “Ah! Mandaram luva, mandaram não sei o quê”, mas, não é só isso. Entende? [...].” (E_GO: 5).

“[...] A gente não tem assim, aquele aparato [...]. Então a gente esbarra muito nessas coisas, falta de material, essas coisas. [...].” (E_GO: 6).

“[...] Você enfrentar uma pandemia com um número reduzido de servidores na unidade. Então sobrecarregou a gente demais. [...].” (E_GO: 7).

As respostas fornecidas pelos enfermeiros(as) apontam uma série de desafios enfrentados durante o período da pandemia. Há uma clara preocupação com a escassez de materiais e equipamentos essenciais para o desempenho seguro de suas atividades, incluindo a falta de EPIs e outros insumos básicos. Além disso, muitos expressam a sobrecarga de trabalho devido à redução de pessoal nas unidades de saúde, a superlotação e as dificuldades estruturais. Esses relatos destacam a importância urgente de fornecer suporte adequado aos profissionais de saúde para garantir um ambiente de trabalho seguro e eficiente durante situações de crise como a pandemia de covid-19.

Nunes (2022) assevera que especialistas de diferentes partes do mundo enfatizaram a importância de equipamentos de proteção individual e coletiva para os profissionais da área da saúde em face ao enfrentamento da covid-19, visto que eles estão expostos ao risco devido ao contato direto com um vírus que ainda não é completamente compreendido.

No entanto, Alvarenga (2022) afirma que existia na época publicação do Ministério da Saúde em 2020 sobre os protocolos que as UBS/ESF deveriam seguir no manejo da covid-19, cujo propósito foi estabelecer a função dos serviços de APS/ESF no gerenciamento e domínio da infecção covid-19. Além disso, buscou fornecer diretrizes clínicas para os profissionais que trabalham como ponto de acesso inicial ao SUS, considerando a propagação comunitária da covid-19 no Brasil. Ademais, o Cofen, objetivando a segurança da população e dos profissionais, publicou diretrizes para a organização do serviço de assistência na pandemia da covid-19, com orientações que incluíram a formação de equipes de resposta rápida, a definição de pontos de recepção específicos para pacientes com sintomas respiratórios e outras medidas para adequar a assistência de enfermagem à crise e trazer mais segurança aos profissionais (COFEN, 2020).

Para os enfermeiros de Campo Grande, também foi questionado sobre os desafios enfrentados no período pandêmico. Como resposta, obteve-se deles o seguinte:

"[...] O desafio continuo na verdade até aumentou com relação a sobrecarga de trabalho [...], principalmente do enfermeiro. [...]" (E_ CG: 1).

"[...] O planejamento familiar está bem ruim, ficou bem ruim por que a gente tinha um fluxo assim de 20-25 pessoas por mês, a gente encaminhando para laqueadura, agora a gente encaminha 2-3. [...]" (E_ CG: 2).

"[...], mas, a maior dificuldade que eu tive foi lidar com os colegas fragilizados emocionalmente. [...]" (E_ CG: 3).

"[...] É questão da rede de atenção não suprir a demanda, então às vezes a gente, nesse período de pandemia a gente virou um "postão" um primeiro atendimento para pronto atendimento. [...]" (E_ CG: 4).

"[...] Teve uma época que a gente também teve dificuldade em relação a EPI, então logo no começo em relação a máscara, agente chegou a usar máscara aquelas artesanais, feitas de TNT [...]" (E_ CG: 7).

As respostas dos enfermeiros de Campo Grande evidenciam os desafios enfrentados durante a pandemia. A sobrecarga de trabalho foi um fator preponderante, especialmente para os enfermeiros, levando a dificuldades no planejamento familiar e na assistência direta aos pacientes com covid-19. Além disso, a fragilidade emocional dos colegas foi uma preocupação, ressaltando a importância do suporte emocional entre os profissionais de saúde. A demanda excessiva nos serviços de saúde, transformando unidades em locais de pronto atendimento, e a escassez inicial de EPIs também foram dificuldades enfrentadas por esses profissionais, evidenciando a complexidade dos desafios durante o período da pandemia.

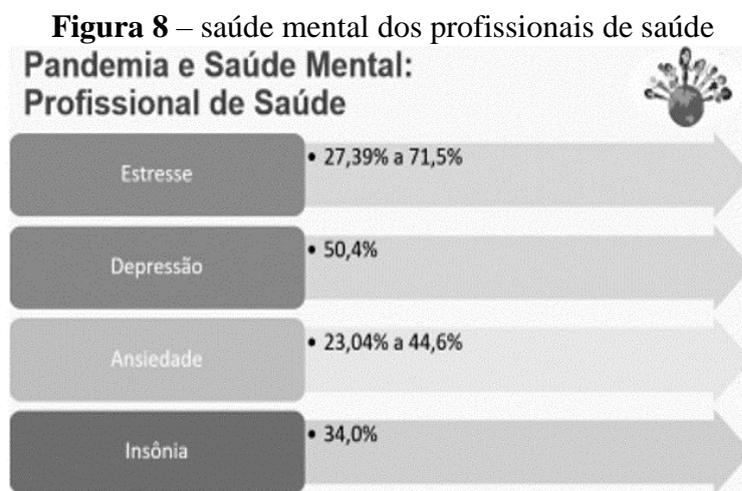
Além do que já foi exposto em relação aos EPIs, na área da saúde, em vista dos acontecimentos provenientes da pandemia ocasionada pela covid-19, a forma como se estabeleceu o trabalho foi afetada diretamente (GONDIM; BORGES, 2020). Houve aumento de demanda por assistência imediata sobrecarregando todos os níveis de atenção, especialmente o terciário (hospitalar, de medicina intensiva) (PEERI *et al.*, 2020). Longas horas de trabalho e a pressão que se observa nos serviços de saúde, são fatores de risco para o aparecimento de uma reação emocional crônica. O cansaço emocional resulta em sentimentos de inadequação e fracasso com quebra do rendimento laboral, conduzindo a depressão e esgotamento mental. (AFONSO; FIGUEIRA, 2020).

Neste contexto, conforme Duarte *et al.* (2021) descreveram que os trabalhadores enfrentaram temor e inquietação em relação ao futuro. Em diversas nações, as taxas de contaminação dobram diariamente, resultando em um aumento generalizado da ansiedade entre as pessoas. Manifestações de estresse, elevada ausência no trabalho, melancolia, exaustão, nervosismo e isolamento parecem integrar a rotina laboral. Especificamente para enfermeiros que atuaram em áreas como emergências e UTIs, a morte não apenas representa um desfecho trágico, mas também se converte em fonte de angústia e tensão.

Tanto os profissionais da linha de frente quanto aqueles de outros setores puderam experimentar angústia psicológica e precisar de licenças temporárias. Um fenômeno

significativo é a "traumatização secundária", no qual pessoas que não vivenciaram diretamente um trauma passam a apresentar sintomas psicológicos por meio da empatia com aqueles que o experimentaram. Assim, ao se ausentarem do trabalho, os profissionais de saúde muitas vezes expressam sentimentos de culpa, raiva, frustração e tristeza (DUARTE *et al.*, 2021).

Gonçalves, Goldoni e Paganini (2023), nesta seara, observaram que os trabalhadores da área da saúde necessitaram de apoio psicológico e psiquiátrico, porém, entre os grupos profissionais, foram os que menos buscaram assistência para si mesmos. A Figura 8 apresenta os tipos de problemas que mais afetaram os profissionais desta área.



Fonte: Gonçalves, Goldoni e Paganini (2023)

Verifica-se, portanto, que o estresse foi o problema de saúde mental que mais acometeu os profissionais de saúde (27,39% a 71,5%), seguido da depressão (50,4%), da ansiedade (23,04% a 44,6%) e da insônia (34%).

Ainda em face dos desafios enfrentados, os(as) entrevistados(as) do Distrito Federal também descreveram quais foram suas maiores dificuldades em relação ao período da pandemia de covid-19:

"[...] Então, assim o medo da contaminação. Exposição ocupacional, então medo, [...]" (E_DF:1).

"[...] o maior desafio nosso hoje é conseguir manter o grupo de profissionais na linha de frente. [...]" (E_DF:2).

"[...] Eu ainda não vi um médico, um grupo de médico, que chegasse igual nós estamos aqui assistindo um com outro e falasse com consistência, e falasse com firmeza, a dar um norteamento às pessoas. Um fala de uma coisa, outro fala outra, e assim, fica mais perdido. As pessoas estão mais perdidas, dividida, não sabe a quem recorrer. Então, eu achei uma falha muito grande, a dificuldade maior é esse profissional, ele não tomou a frente, ele ficou negligente, ele ficou parado. [...]" (E_DF: 3).

"[...] outra questão é o [...] risco [...], que a gente corre no atendimento, inclusive eu estou com síndrome gripal, bastante cansativo, bastante exaustivo [...], o atendimento por covid, porque a gente fica com [...] todo paramentado, então bebe

pouca água, não [...], dá tempo porque às vezes não consegue sair pra lancha, pra ir ao banheiro. Eu tive quatro infecções urinárias durante a pandemia, por conta [...] dessas coisas, e acho que é isso, mais essa dificuldade. [...].” (E_DF:4).

“[...] O maior desafio é convencer o paciente que ele necessita ir para o hospital. [...]” (E_DF: 5).

“[...] Eu acho que é a questão das gerências, ter gerentes com um tempo maior e sem tanta rotatividade. [...]” (E_DF: 6).

“[...] É essa questão de não ter vacina. O grande desafio agora é a vacina pra todos, e a gente percebe de quando a gente estava atendendo no início da pandemia pra agora [...]. Gente vacina faz diferença demais. [...]” (E_DF:7).

Observa-se que os profissionais de saúde no Distrito Federal também enfrentaram uma série de desafios durante a pandemia de covid-19. O medo de contaminação e a exposição ocupacional foram preocupações constantes, impactando diretamente o trabalho dos profissionais na linha de frente. Além disso, houve questões relacionadas à falta de orientação e clareza por parte dos médicos, o que deixou a população confusa e sem direcionamento claro. A sobrecarga de trabalho, as dificuldades de higiene pessoal e a falta de tempo para necessidades básicas foram experiências compartilhadas por muitos profissionais, resultando em problemas de saúde. Convencer os pacientes a buscar atendimento hospitalar quando necessário e a importância da vacinação foram outros desafios enfrentados. A necessidade de gerentes com mais estabilidade e menos rotatividade também foi apontada como uma área para melhorias na gestão de saúde.

O Quadro 8, abaixo, faz um comparativo resumindo os principais desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem em diferentes cidades durante a pandemia de covid-19. Esses desafios incluem questões relacionadas à falta de EPIs, aumento da demanda de pacientes, condições inadequadas de trabalho, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento, dificuldade na obtenção de exames, falta de orientação para pacientes, escassez de material de limpeza, demora no atendimento, superlotação, risco de contaminação, fragilidade emocional dos colegas, dificuldades no planejamento familiar, falta de apoio psicológico, pressão por resultados positivos, sobrecarga na linha de frente, dificuldade em convencer pacientes a buscar atendimento hospitalar, falta de vacinação para todos e rotatividade de gerentes.

Quadro 8 - Comparativo dos principais desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem

Aspecto	Cuiabá	Goiânia	Campo Grande	Distrito Federal
Escassez de EPIs	✓	✓	✓	✓
Aumento da demanda	✓	✓	✓	✓

Condições inadequadas de trabalho	✓	✓	✓	✓
Sobrecarga de trabalho	✓	✓	✓	✓
Falta de reconhecimento	✓	✓	✓	✓
Dificuldade na obtenção de exames	✓	✓	✓	✓
Falta de orientação para pacientes	✓	✓	✓	✓
Falta de material de limpeza	X	✓	X	X
Demora no atendimento	X	✓	X	✓
Superlotação	X	✓	✓	✓
Falta de estrutura física adequada	X	✓	✓	✓
Risco de contaminação	✓	✓	✓	✓
Fragilidade emocional dos colegas	✓	X	✓	✓
Dificuldade no planejamento familiar	X	X	✓	X
Falta de apoio psicológico	X	X	X	✓
Pressão por resultados positivos	X	X	✓	X
Sobrecarga na linha de frente	X	X	✓	✓
Dificuldade de convencer pacientes a buscar atendimento hospitalar	X	X	✓	✓
Falta de vacinação para todos	X	X	X	✓

Rotatividade de gerentes	X	✓	X	X
---------------------------------	---	---	---	---

Fonte: elaborado pelo autor (2024)

Estes desafios destacam a complexidade e a gravidade da situação enfrentada pelos profissionais de saúde durante a pandemia.

No cenário pandêmico, conforme Soares (2021), a área da enfermagem enfrentou uma carga de trabalho excessiva que se tornou difícil de aliviar. Houve escassez de funcionários, alguns estão ausentes devido à Covid-19 e outros abandonaram suas funções devido à sobrecarga de trabalho. O aumento no número de pacientes que necessitaram de intubação demandou um esforço adicional significativo. A administração de múltiplos medicamentos e sedativos contribuiu para um esgotamento físico e mental. Com a elevada pressão e demandas exacerbadas no ambiente profissional, o estresse passa a fazer parte do cotidiano laboral dos profissionais de enfermagem.

Ademais, no contexto caótico experimentado durante uma pandemia, era fundamental que as autoridades de saúde estivessem preparadas para lidar da melhor maneira com as consequências que o vírus poderia causar nas pessoas, inclusive problemas relacionados à saúde mental. Nessa ocasião, esperava-se que eles soubessem conduzir a situação, fossem flexíveis e ajustassem as condutas de acordo com a complexidade da doença (DUARTE *et al.*, 2021).

A equipe de enfermagem que trabalhava em áreas de emergência e UTIs costumava enfrentar momentos de tensão, porém, a intensificação das tarefas, a pressão por resultados positivos e as expectativas sociais em relação ao seu trabalho poderiam ter prejudicado sua capacidade de desempenhar plenamente suas atividades laborais. Tais eventos poderiam ter impactado na saúde mental dos profissionais e também nas relações interpessoais. Além disso, muitos profissionais sofreram assédio por parte de alguns gestores para continuar o atendimento, mesmo em condições precárias de trabalho (COFEN, 2020).

A proteção dos membros da equipe de enfermagem foi tão necessária quanto os cuidados oferecidos aos pacientes. A equipe de enfermagem esteve constantemente exposta durante suas jornadas, em contato direto com os pacientes. Cada profissional que adoeceu se tornou um risco para a comunidade, pois, ao se afastar do trabalho, resultou em uma redução da força de trabalho, sobrecarregando ainda mais aqueles que permanecem na linha de frente da luta contra o vírus (DUARTE *et al.*, 2021).

Assim, observa-se que, dentre os desafios enfrentados há a falta de informação e recursos; sobrecarga; falta de retaguarda da RAS; sofrimento e adoecimento. Em consonância

com o que foi verificado com os entrevistados, Giovanella *et al.* (2022) destacam a complexidade enfrentada pelo Brasil no combate à pandemia de Covid-19, especialmente na adequação das respostas às demandas emergentes, de acordo com os princípios do SUS. Embora os esforços tenham sido direcionados principalmente para a expansão da capacidade hospitalar, enfatiza-se a importância crucial da APS nesse contexto.

Os autores destacam que há diversas ações e estratégias que a APS pode implementar para prevenir, cuidar e controlar a epidemia, enfatizando a necessidade de reorganização dos serviços para atender adequadamente os casos leves e assintomáticos, além de garantir o acesso contínuo aos cuidados de saúde para outras condições e agravos.

Destaca-se a importância da abordagem comunitária de vigilância em saúde, especialmente através das equipes da ESF, para uma resposta eficaz à pandemia. É enfatizada a necessidade de preservar os atributos essenciais da APS, como acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ao mesmo tempo em que se garantem medidas de proteção para os trabalhadores e a população (GIOVANELLA *et al.*, 2022).

Os autores concluem ressaltando a importância de manter o contato das pessoas com os profissionais de saúde da APS, tanto para o monitoramento da covid-19 quanto para o atendimento de outras necessidades de saúde, assegurando a continuidade dos cuidados e o apoio social aos grupos vulneráveis.

5.2.3 Pós-pandemia

A pandemia da covid-19 veio como uma onda de mudanças, não apenas no contexto da saúde, mas no dia a dia das pessoas, onde elas tiveram que aprender novas práticas de higiene e assim se protegerem de possíveis infecções. Na saúde, também foi indispensável adotar novos protocolos e se adaptar à realidade vivenciada pelos profissionais de saúde. Após o período crítico da pandemia e todo o sofrimento causado por ele, questionamos as expectativas dos profissionais quanto ao futuro pós-pandêmico.

Os extratos de falas descritas a seguir, dão evidências do que os(as) enfermeiros(as) expressam sobre suas impressões no que se refere ao período pós-pandêmico.

“[...] acho que depois da pandemia a gente vai ter uma visão diferenciada da importância desses serviços [...], perante a comunidade. [...]” (E_CB: 1).

“[...] Então, nós como profissionais vamos ter que conviver com ela e ficar atento aos sinais e sintomas dela porque ela veio para ficar. [...]” (E_CB: 2).

“[...] Olha, ainda não tenho uma ideia assim clara sobre isso ainda não. Não tenho ainda uma resposta pra isso pra essa pergunta. [...]” (E_CB: 3).

“[...] Então, eu estou rezando pra que venha essa vacina e a gente volte tudo as nossas práticas como era antes. A gente sente falta até de ser mais útil pra comunidade. [...]” (E_CB: 4).

“[...] No pós pandemia nosso olhar clínico ficou bem mais aguçado não só pra covid, mas para outras questões também, ficou assim, bem gritante a diferença de dengue quando chegava lá na unidade, [...]. Então, foi bem pós pandemia eu acho que o olhar clínico de todo mundo que estava na monotonia, vendo sem entender essa coisa, deu uma, uma acrescentada, uma mudada porque a gente deixou de fazer o básico praticamente pra dar suporte pra pandemia, então todo mundo teve que mudar a questão do olhar clínico, dar uma aguçada a mais. [...]” (E_CB: 5).

“[...] Ah! Eu acho que a gente vai voltar a nossa rotina normal, normalidade se Deus quiser, [...]. Que nem eu te falei, voltar com meus grupos, voltar atividades coletivas que eu gosto muito educação em saúde, mas, [...] de uma forma diferente, [...], não ficar só falando de doença que não é isso que é o legal, mas é uma forma interativa. [...], a gente vai fazer roda de conversa, então são essas coisas que eu acho que vai fazer a diferença na vida dos meus pacientes dos meus idosos, das minhas gestantes, [...]. Porque esse papo de doença já eu acho que já deu não mudou em nada a vida do paciente. Fica falando só do problema [...], da doença [...], falar que talvez a parte emocional, que que o aflige talvez ele consegue distinguir o que tá fazendo mal pra ele e posso mudar algo; dessa forma? Então acho que isso que voltar com isso é isso que eu espero [...]” (E_CB: 6).

“[...] O pós pandemia tá difícil [...], porque pelo jeito esse negócio aí veio pra ficar a gente não vai deixar de usar máscaras, e os EPIs, [...] que antigamente da pandemia você fazia e usava máscara em procedimentos [...] hoje não, hoje você entra na unidade de máscara e sai da unidade [...], troca a máscara e vai embora pra casa. Então essas questões esses cuidados de aglomeração a gente vai ter que começar a prestar bem atenção quando a gente começar respirar aliviado dessa fase do covid, começado a passar. Eu acho que isso daí vai ficar esses cuidados. [...]” (E_CB: 7).

Com base nas falas coletadas, percebe-se uma variedade de perspectivas entre os(as) enfermeiros(as) sobre o período pós-pandêmico. Alguns expressam otimismo e esperança na retomada das atividades pré-pandemia, enquanto outros reconhecem que a convivência com as precauções e os impactos da covid-19 será uma realidade persistente. Há também um destaque para a mudança no olhar clínico e a valorização de abordagens mais holísticas no cuidado aos pacientes, indicando um possível redirecionamento nas práticas de saúde após a pandemia. Essas diferentes percepções apontam para a necessidade de adaptação contínua e uma abordagem mais abrangente na assistência à saúde, considerando não apenas aspectos físicos, mas também emocionais e sociais.

As falas dos profissionais relatam uma grande esperança em voltarem à normalidade de suas atividades junto à comunidade. Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2023a), 67% dos enfermeiros brasileiros acreditam que o setor da saúde voltará ao normal em até dois anos.

Em outra pesquisa, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2023), 72% dos enfermeiros acreditam que a pandemia terá um impacto positivo na saúde pública, pois levará a uma maior valorização da profissão e a uma melhoria na infraestrutura dos serviços de saúde.

O próprio Cofen (2023b) reconhece que a pandemia terá um impacto duradouro na saúde pública, e que os enfermeiros terão que se adaptar a novos protocolos e práticas de cuidado.

Um estudo publicado na revista "The Lancet" (2020) concluiu que a pandemia da covid-19 provavelmente continuará a ter um impacto significativo na saúde pública por muitos anos, devido ao surgimento de novas variantes e à possibilidade de reinfeção.

Ademais, pesquisa publicada na revista "Nursing Outlook" (2024) identificou que a pandemia da covid-19 levou os enfermeiros a adotarem uma abordagem mais holística no cuidado aos pacientes, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais e sociais.

Outro estudo, publicado na revista "American Journal of Nursing" (2023), concluiu que a pandemia da covid-19 levou os enfermeiros a desenvolverem novas habilidades e competências, como a capacidade de comunicação interpessoal e a empatia.

O Cofen (2023c) afirmou que os enfermeiros precisarão se adaptar continuamente às mudanças impostas pela pandemia, e que a assistência à saúde precisará ser mais abrangente, considerando não apenas aspectos físicos, mas também emocionais e sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) também reconhece a necessidade de uma abordagem mais abrangente na assistência à saúde, e recomenda que os países invistam em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Tudo isso indica que as perspectivas dos enfermeiros sobre o período pós-pandêmico são variadas. Alguns expressam otimismo e esperança na retomada das atividades pré-pandemia, enquanto outros reconhecem que a convivência com as precauções e os impactos da covid-19 será uma realidade persistente. Há também um destaque para a mudança no olhar clínico e a valorização de abordagens mais holísticas no cuidado aos pacientes, indicando um possível redirecionamento nas práticas de saúde após a pandemia. Essas diferentes percepções apontam para a necessidade de adaptação contínua e uma abordagem mais abrangente na assistência à saúde, considerando não apenas aspectos físicos, mas também emocionais e sociais.

Para as entrevistadas de Goiânia, o futuro pós pandemia traz esperança quanto a recursos, humanização no atendimento e aprendizagens. Os(as) enfermeiros(as) dizem:

"[...] É, eu acho que vai ter algumas tecnologias melhoradas pra gente. Tipo, aparelho de pressão [...], o aparelho de pressão passou a ser um objeto muito contaminante [...]. É um [...] estetoscópio, um sonar, essas coisas assim. Tem que ter o sonar, até nem digo que é mais fácil de higienizar [...], passar um álcool, mas é [...]." (E_GO: 1).

“[...] Então, eu acho assim, que pós-pandemia o ensinamento que veio é o olhar mais humanizado. Porque as pessoas vêm bem mais instáveis emocionalmente, no quadro de saúde. [...]” (E_GO: 2).

“[...] A autonomia do enfermeiro tende a aumentar e a valorização profissional. [...]” (E_GO: 3).

“[...] Da nossa prática, acho que todas as áreas [...], claro que nós vamos olhar por outro olhos, a gente vai ter mais uma empatia, ter um olhar mais diferenciado para o outro [...]” (E_GO: 4).

“[...] Então, acho que esse legado vai ficar pra todo mundo; agora usar máscara, eu particularmente odeio, eu uso obrigada, eu uso mais [...], estou atendendo gente, eu vou usar, mas me sufoca, eu fico irritada, eu acho que me falta o ar. [...]” (E_GO: 5).

“[...] Eu acho que vai valorizar mais o meu trabalho. Porque quem ficou lá na unidade fomos nós. Quem teve lá no enfrentamento, no atendimento. De não recusar a atender os pacientes, de continuar fazendo o teste da mamãe, mesmo o paciente ali escrevendo na prancheta, com caneta, passando álcool. O enfermeiro, ali, não teve um dia que ficou sem a gente lá no atendimento. Eu acho que a gente vai [...] Eu até me emociono, sabia, de falar isso para vocês. [...]” (E_GO: 7).

Com base nas entrevistas realizadas em Goiânia, as profissionais de enfermagem também expressaram esperança em relação ao futuro pós-pandemia. Eles anteciparam melhorias em tecnologias de saúde para uma higienização mais eficiente, enquanto destacam a importância do olhar humanizado no atendimento, reconhecendo a instabilidade emocional dos pacientes. Além disso, evidenciaram a expectativa de uma maior autonomia e valorização profissional. Essas reflexões sugerem que o legado da pandemia promoveu uma mudança de perspectiva, enfatizando a empatia e o reconhecimento do trabalho árduo dos enfermeiros, o que pode impactar positivamente na valorização da profissão e no aprimoramento do cuidado ao paciente.

Neste mesmo sentido, Estudo realizado pela Universidade Federal de Goiás (UFG) (CÉSAR, 2021), em Goiânia, com 100 enfermeiros, identificou que os profissionais têm expectativas positivas em relação ao futuro pós-pandemia. Entre as principais expectativas estão a melhoria nas tecnologias de saúde, o fortalecimento do olhar humanizado no atendimento e a valorização profissional.

Em pesquisa realizada pela Fiocruz (2023), em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 80% dos enfermeiros entrevistados acreditam que a pandemia levará a uma maior valorização da profissão. Os profissionais também acreditam que haverá um maior investimento em educação e qualificação para os enfermeiros.

Para Almeida *et al.* (2023), a pandemia levou a uma mudança de perspectiva na enfermagem, enfatizando a empatia e o cuidado integral ao paciente. Os pesquisadores acreditam que essa mudança pode impactar positivamente na valorização da profissão e no aprimoramento do cuidado ao paciente.

Para os(as) enfermeiros(as) de Campo Grande a pós-pandemia traz muitas incertezas, mas também possibilidades de fazer a saúde diferente, desde a questão da humanização ao uso de EPIs com mais frequência. É o que se pode observar a partir das falas transcritas a seguir.

“[...] a pandemia trouxe bastante aprendizado pra gente na questão de organização. [...]” (E_CG1).

“[...] Então, eu preciso me organizar é preciso ter tudo organizado, certinho para que a assistência saia efetiva, integral. [...]” (E_CG: 3).

“[...] Em relação à execução da minha atividade eu acho que não muda muita coisa, pois os planos vão continuar os mesmos. Não sei, de repente esse pós pandemia pode ter alguma agudização de saúde mental por exemplo, um aumento de saúde mental na minha área. [...]” (E_CG4).

“[...] Acho que não vai mudar muita coisa, a gente vai ter que diminuir o quantitativo de pessoas que a gente tinha por grupo e tudo mais, mantém mais essas questões cuidados respiratórios. [...]” (E_CG5).

“[...] Então, é um momento de incerteza, de medo e com as novas variantes a gente pensa que as coisas vão melhorar só que as coisas tão bem complicadas. Acho que estamos vivendo agora o pior momento da pandemia e infelizmente com relação a gestão a gente não tá vendo muita coisa sendo feita e isso pra gente, é sei lá, um momento de muita insegurança. [...]” (E_CG-6).

“[...] usar os EPIS, eu acho que isso vai mudar com certeza, eu acho que eu não vou mais atender paciente sem máscara, não atender paciente mais sem a minha toca, gorro, mesmo saído da pandemia. Entendeu? [...]” (E_CG7).

Com base nas entrevistas realizadas com enfermeiros(as) em Campo Grande, percebe-se uma dualidade de perspectivas em relação ao cenário pós-pandemia. Enquanto alguns expressam incertezas e preocupações, outros enxergam oportunidades de transformar os cuidados de saúde, incluindo aspectos de organização, atenção à saúde mental e o uso contínuo e mais frequente de EPIs. A experiência da pandemia trouxe aprendizados significativos sobre organização e a valorização das práticas exclusivas dos enfermeiros. No entanto, persistem preocupações sobre as incertezas relacionadas à gestão e ao futuro da saúde, especialmente diante das novas variantes do vírus. O debate sobre mudanças no uso de EPIs indica uma possível alteração na prática, refletindo a preocupação contínua com a segurança dos profissionais de saúde. Essas visões divergentes ressaltam a complexidade e a ambiguidade do futuro pós-pandemia na perspectiva dos enfermeiros, destacando a necessidade de adaptabilidade e planejamento frente aos desafios iminentes.

O estudo de Monteiro *et al.* (2022) afirma que a pandemia levou a uma maior valorização das práticas exclusivas dos enfermeiros, especialmente as relacionadas à atenção à saúde mental. Os pesquisadores acreditam que essa valorização pode gerar oportunidades de transformação dos cuidados de saúde.

Para os entrevistados do Distrito Federal, o pós-pandemia traz algumas esperanças. As transcrições de trechos das falas dos(as) enfermeiros(as) participantes da pesquisa registram:

“[...] Em relação às medidas de higiene, [...], as pessoas melhoraram muito, porque na atenção primária a gente falava muito ‘lava as mãos, [...]’” (E_DFI).

“[...] Algumas práticas de Enfermagem precisam ser revistas. [...], retome a assistência de forma mais integrada. [...]” (E_DF2).

“[...] Pode as pessoas verem e reconhecerem e dá o seu valor adequado, cada um na sua, não desmerecendo as outras, mas, eu sou Enfermeiro, nós somos Enfermeiro, e tá aqui o meu trabalho, até um cego, repito, tem condições de ver, a diferença. [...]” (E_DF3).

“[...] Eu acho que a gente vai acabar mantendo esse cuidado [...], da parte de contaminação, de disseminação de doença respiratória que isso aí é uma coisa que a gente vai continuar [...], não vai acabar assim tão cedo, é questão da [...] limpeza [...], do ambiente. [...]” (E_DF-4).

“[...] Conhecimento e experiência a mais. [...]” (E_DF-5).

“[...] Continuaremos a ter mais atenção usando máscara, [...] A proteção facial que vai ser nossa rotina. [...]” (E_DF-6).

“[...] Vai ser um recomeço. A gente tinha um trabalho muito organizado. O nosso trabalho de Atenção Básica se perdeu na pandemia, infelizmente. Não perdeu tudo, porque a gente ainda tá ali, mas é complicado. [...]” (E_DF-7).

Ao analisar as falas dos entrevistados do Centro-oeste, verifica-se que durante a pandemia, eles encontraram inúmeros desafios relacionados a gestão do seu trabalho. Segundo Felix, Pinheiro e Júnior (2022) a sobrecarga relacionada ao atendimento aos usuários e à organização gerencial das demandas da unidade de saúde representa uma interseção crítica entre a administração e a gestão dos serviços de saúde e o trabalho dos enfermeiros.

Ainda com base nas transcrições das entrevistas com enfermeiros(as) do Distrito Federal, emerge uma variedade de percepções em relação ao cenário pós-pandemia. Enquanto há esperança em relação à melhoria das práticas de higiene e cuidados de saúde, também existem preocupações sobre a necessidade de revisão de certas práticas de enfermagem e a percepção de valorização profissional. Além disso, destaca-se a expectativa de manter cuidados redobrados em relação à prevenção de doenças respiratórias e a necessidade contínua de utilizar EPIs.

As entrevistas ressaltam a ideia de um recomeço para a profissão, embora haja o reconhecimento de que a pandemia desorganizou parcialmente o trabalho de Atenção Básica. Esse contexto sugere a importância de reavaliação, adaptação e reconstrução nas práticas de enfermagem, ressaltando a relevância da vigilância contínua e da reorganização dos serviços para enfrentar os desafios que surgiram ou foram exacerbados durante a pandemia.

No entanto, além dessas responsabilidades diretas com os pacientes, os enfermeiros também tiveram a incumbência de lidar com a carga administrativa da unidade de saúde. Isso inclui tarefas como agendamento de consultas, gestão de prontuários médicos, coordenação de equipes, elaboração de relatórios e cumprimento de diretrizes regulatórias. Essas demandas administrativas são essenciais para manter o fluxo adequado de funcionamento da unidade de saúde, mas podem sobrecarregar ainda mais os enfermeiros, que já estão envolvidos em um trabalho altamente exigente como foi a pandemia da covid-19.

A escassez de profissionais de gestão e administração de saúde agrava ainda mais essa situação. A falta de recursos humanos qualificados para lidar com as demandas administrativas resulta em uma sobrecarga desproporcional sobre os enfermeiros, que acabam tendo que assumir múltiplas funções simultaneamente. Essa sobrecarga excessiva pode levar à exaustão física e emocional, diminuição da qualidade do atendimento e aumento do risco de erros e negligência.

Mesmo diante deste cenário, Kantorski et al (2022) afirmaram que a taxa de profissionais que demonstraram intenção de sair da área de Enfermagem foi de 24,6%. Foi identificada uma correlação positiva entre essa intenção e níveis mais altos de formação educacional, avaliações negativas em relação ao apoio institucional, experiência de sobrecarga moderada ou intensa. Além disso, foi observada uma relação negativa entre essa intenção e profissionais com idade igual ou superior a 51 anos. Concluíram que aspectos como a falta de apoio institucional e a sobrecarga, embora possam ter sido agravados durante a pandemia, não são novidade nos serviços de saúde.

Nesta seara, Leonel (2021) afirma que, conforme sua entrevista, 80% dos enfermeiros acreditam que a pandemia desorganizou parcialmente o trabalho de Atenção Básica. Os profissionais também acreditam que será necessário investir em reavaliação, adaptação e reconstrução nas práticas de enfermagem.

Para Teixeira *et al.* (2020) a pandemia aumentou a sobrecarga administrativa dos enfermeiros. Os pesquisadores acreditam que essa sobrecarga pode levar à exaustão física e emocional, diminuição da qualidade do atendimento e aumento do risco de erros e negligência.

A expansão da competência clínica e epidemiológica do enfermeiro na APS representa um avanço significativo no campo da enfermagem e na prestação de cuidados de saúde à comunidade. Tradicionalmente, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na assistência direta ao paciente, mas com a evolução das práticas de saúde, especialmente diante de desafios como a pandemia da Covid-19, torna-se cada vez mais necessário que esses profissionais possuam competências ampliadas em áreas clínicas e epidemiológicas.

O Quadro 9, abaixo apresenta um comparativo das perspectivas pós-pandemia na enfermagem, levando em consideração as entrevistas dos participantes.

Quadro 9 - Comparativo das perspectivas pós-pandemia na enfermagem

Temas	Perspectivas dos entrevistados
Visão sobre o futuro pós-pandêmico	Variedade de perspectivas: otimismo, preocupações e incertezas.

Valorização da profissão	Esperança de maior valorização e reconhecimento, especialmente pela atuação durante a pandemia.
Mudanças nas práticas de saúde	Destaque para abordagens mais holísticas, inclusivas e atentas à saúde mental.
Impacto na organização do trabalho	Reconhecimento de desafios na gestão e sobrecarga administrativa.
Melhoria das tecnologias de saúde	Expectativas de avanços para garantir higiene e segurança.
Necessidade contínua de precauções	Reconhecimento da persistência de cuidados e uso de EPIs.
Expectativas de mudança e adaptação	Reconhecimento da necessidade de reavaliação e reorganização das práticas.
Ampliação da competência clínica	Reconhecimento da importância de habilidades clínicas e epidemiológicas.
Valorização de abordagens holísticas	Ênfase na importância de considerar o paciente como um todo.
Desafios na implementação das mudanças	Reconhecimento de obstáculos como falta de recursos e resistência à mudança.

Fonte: elaborado pelo autor (2024)

Este quadro comparativo resume as perspectivas dos enfermeiros em relação ao período pós-pandêmico, destacando diferentes temas abordados nas entrevistas e as diversas opiniões expressas pelos profissionais. Ele reflete a complexidade e a variedade de visões presentes entre os entrevistados, ressaltando a importância de considerar uma ampla gama de fatores ao planejar o futuro da enfermagem e da saúde pública.

A valorização de abordagens holísticas na enfermagem reflete uma mudança de paradigma na forma como os cuidados de saúde são prestados. Em vez de focar apenas nos sintomas físicos das doenças, as abordagens holísticas consideram o paciente como um todo, incluindo aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Isso permite uma compreensão mais completa das necessidades e preocupações do paciente, resultando em cuidados mais abrangentes e eficazes.

A valorização da enfermagem como profissão é essencial para garantir que os enfermeiros sejam reconhecidos e respeitados por seu papel crucial na prestação de cuidados de saúde. Isso inclui não apenas o reconhecimento de suas competências clínicas e de liderança, mas também a valorização de seu trabalho emocionalmente exigente e muitas vezes subvalorizado.

No entanto, verifica-se que é importante reconhecer que o otimismo em relação à ampliação da competência clínica e epidemiológica do enfermeiro na APS, à valorização de

abordagens holísticas e à valorização da enfermagem nem sempre se traduz na realidade. Obstáculos como falta de recursos, resistência à mudança e falta de reconhecimento profissional podem dificultar a implementação efetiva dessas mudanças. Além disso, a disparidade entre o ideal e a prática muitas vezes desafia a capacidade dos enfermeiros de fornecer cuidados de qualidade em um sistema de saúde complexo e muitas vezes sobrecarregado.

Portanto, embora haja motivos para otimismo em relação ao progresso da enfermagem na APS, é importante reconhecer e abordar as realidades e desafios enfrentados pelos enfermeiros no campo, a fim de garantir que eles possam fornecer cuidados de saúde seguros, eficazes e compassivos à comunidade.

6 CONCLUSÃO

A atuação dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou destaque e enfrentou desafios significativos durante a pandemia da Covid-19. Ao se debruçar sobre essa realidade no contexto dos municípios da região Centro-Oeste e do Distrito Federal, esta pesquisa buscou compreender como esses profissionais se adaptaram e responderam às demandas emergentes, tendo como objetivos principais investigar o desenvolvimento diário de suas atividades e identificar as potencialidades, limitações e desafios enfrentados.

No enfrentamento à pandemia, os enfermeiros demonstraram uma capacidade notável de adaptação e resiliência. Eles desempenharam um papel fundamental na linha de frente, assumindo tarefas diversas, desde a triagem e orientação de pacientes até a realização de testes e vacinações. Porém, ao mesmo tempo, enfrentaram desafios significativos, como a falta de recursos, equipamentos de proteção individual (EPIs) e o enfrentamento da sobrecarga de trabalho. Esses aspectos emergiram como barreiras para a eficácia plena de suas funções na APS durante o contexto pandêmico.

Uma análise mais aprofundada revelou que, apesar das adversidades, os enfermeiros mostraram-se resilientes, buscando novas formas de oferecer cuidados e apoio à comunidade. As potencialidades observadas incluíram a capacidade de inovação e a adaptação rápida às mudanças nos protocolos de saúde, além da ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, aspectos fundamentais da APS. No entanto, os limites ficaram evidentes diante das condições precárias de trabalho, que impactaram a qualidade do atendimento e a saúde mental desses profissionais.

No cotidiano do trabalho na APS, percebeu-se que os enfermeiros enfrentaram não apenas os desafios diretos relacionados à Covid-19, mas também questões estruturais pré-existentes nos serviços de saúde. A falta de investimento, a deficiência na gestão de recursos e a sobrecarga laboral já eram uma realidade anterior à pandemia e foram acentuadas durante esse período. Isso ressalta a necessidade urgente de políticas públicas mais eficazes, investimentos em recursos humanos e estruturação adequada para a APS, a fim de assegurar uma resposta mais eficiente e resiliente a futuras crises de saúde pública.

Diante desses desafios, as lições aprendidas são essenciais para aprimorar o sistema de saúde. A valorização da atuação dos enfermeiros na APS é crucial, exigindo reconhecimento, melhores condições de trabalho e investimentos para garantir uma estrutura mais sólida e resiliente no enfrentamento de pandemias futuras. Além disso, a implementação de programas de apoio à saúde mental e capacitação contínua para lidar com crises emergentes são aspectos

fundamentais para garantir a saúde e o bem-estar desses profissionais que desempenham um papel vital na linha de frente da saúde pública.

O recorte da pesquisa para abordar apenas enfermeiros da APS na região Centro-Oeste apresenta alguns limites que precisam ser considerados: generalização dos resultados - ao restringir a amostra aos enfermeiros da APS na região Centro-Oeste, os resultados obtidos podem não representar fielmente a diversidade de práticas e experiências encontradas em todo o país. Portanto, a generalização dos resultados para o contexto nacional pode ser limitada.

Variação regional: a região Centro-Oeste pode apresentar características únicas em termos de organização dos serviços de saúde, perfil epidemiológico da população e disponibilidade de recursos. Portanto, os resultados obtidos podem não ser aplicáveis a outras regiões do país com realidades diferentes.

Limitação na compreensão das práticas de enfermagem: Ao focar apenas nos enfermeiros da APS, a pesquisa pode deixar de capturar a perspectiva de outros profissionais de saúde que também desempenham um papel importante na prestação de cuidados primários, como médicos, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. Isso pode resultar em uma visão parcial das práticas de saúde na APS.

Para complementar essa pesquisa e ampliar a compreensão sobre a prática de enfermagem na APS, algumas perspectivas para futuros estudos podem incluir: estudos comparativos entre diferentes regiões, realizando pesquisas que abordem enfermeiros da APS em diversas regiões do Brasil para identificar semelhanças e diferenças nas práticas de saúde, desafios enfrentados e estratégias adotadas; análise das interações interprofissionais, investigando as interações entre diferentes profissionais de saúde na APS e como essas interações influenciam a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes; avaliação de intervenções específicas, realizando estudos para avaliar o impacto de intervenções específicas, como programas de educação continuada, protocolos de atendimento ou estratégias de gestão, na qualidade e eficácia dos cuidados de enfermagem na APS.

Essas perspectivas podem contribuir para uma compreensão mais completa e holística das práticas de enfermagem na APS e fornecer informações valiosas para o aprimoramento dos serviços de saúde primária no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA Deybson Borba de *et al.* (orgs). **Processo de enfermagem e sistematização da assistência: possibilidades e perspectivas de qualificação do cuidado** - Salvador: EDUFBA, 2023.
- ALMEIDA, M. C.; LOPES, M. B. L. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, 3(1), 169-186, 2019.
- ALVARENGA, José da Paz Oliveira. **Prática de enfermagem na atenção primária à saúde no estado da Paraíba: teoria, crítica, abordagens e correlações com a Advanced Nurse Practice (ANP)**. 2022.
- ALVES, A. C. A. P.; BARBOSA, J. F.; D'AMATO, T. R. L.; GONÇALVES, S. J. C. Atuação do enfermeiro da rede primária em saúde diante do isolamento domiciliar em tempo de covid-19. **Revista Pró-UniverSUS**, 2020.
- ALVES, K. Y. A. *et al.* Vivenciando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 381-388, 2013.
- ALVES, Luciana Valadão ACI5. OLI, Sonia; FARIA, Magda Guimarães de Araujo; FERRACCIOLI, Patrícia; CORREA, Vanessa de Almeida Ferreira. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. enferm. UERJ**; **22(5): 637-642, sept.-out. 2014**. ID: lil-747320. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>>. Acesso em:
- AMERICAN JOURNAL OF NURSING. The covid-19 pandemic: implications for nursing education and practice. **American Journal of Nursing**, v. 123, n. 5, p. 1-10, 2023.
- ANDRADE, Cristiane Batista; MONTEIRO, Inês; RODRIGUES, Natália Ramos. Trabalho de cuidado, gênero e violências: estudo com técnicos/as de enfermagem. **Cadernos Saúde Coletiva**, 2022.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro De; BARRETO, Ivana Cristina De Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: **Tratado de saúde coletiva**. 2006. p. 783-835.
- ANITA, Marcia. Profissionais de saúde intensificam mobilização por piso e jornada. **Jornal Extra classe**. Publicado em 21 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/movimento/2021/07/profissionais-de-saude-intensificam-mobilizacao-por-piso-e-jornada/>. Acesso em: 19/10/2021.
- ASSIS, W.D.; COLLET, N.; REICHERT, A.P.S.; SÁ, L.D. Work process of the nurse who works in child care in family health units. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2011; 64(1):38-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100006>. Acesso em 17 nov. 2023.
- BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinality of care in nurses' practice: identifying the difficulties and perspectives of change. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2012; 21(3):549-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a09>. Acesso em 17 nov. 2023.
- BARBOSA, Diogo Jacintho et al. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. **Comunicação em ciências da saúde**, v. 31, p. 31-47, 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto. Lisboa: Edições 70, 2016.

BONFIM, D.; GAIDZINSKI, R.R.; SANTOS, F.M.; GONÇALES, C.S.; FUGULIN, F.M.T. The identification of nursing interventions in primary health care: a parameter for personnel staffing. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2012; 46(6):1462-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600025>. Acesso em 17 nov. 2023.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; SILVA NETO, Manoel Jorge e; MOTA, Helena Mercês Claret da; MONTENEGRO, Cristina Rasia; RIBEIRO, Carlos Vinícius Alves. **Direitos fundamentais em processo**: estudos em comemoração aos 20 anos da Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília: ESMPU, 2020.

BRANDÃO, C.C. Governança federal na gestão da atenção primária à saúde para o enfrentamento à pandemia da covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(12):3643-3658, 2023.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria GM 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)**. 2017b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em:

BRASIL. Conselho Nacional de Secretária de Saúde. **A Gestão do Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 26 de out. 2017.

BRASIL. IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação: População do Brasil. In: **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**: População do Brasil. 2ª. ed. Conceitos e aplicações – RIPSAs – Brasília: Indicadores básicos para a saúde no Brasil:, 27 jul. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Geociências. **Organização do território**. Divisão regional. Divisão Regional do Brasil. O que é? Disponível em: [<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/divisao-regional/15778-divisoes-regionais-do-brasil.html?=&t=o-que-e>]. Acesso em: 19 nov 2021.

BRASIL. Ministério A Saúde. Datasus. Corona vírus Brasil: painel corona virus. in: **Projeções e estimativas da população do Brasil e das unidades da federação**: população do Brasil. [S. l.]: Secretaria Estaduais de Saúde, 12 out. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2020). **Portaria MS/GM, Nº 467, de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em 17 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2020). **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em 17 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular n. 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Brasília: Diário Oficial da

República Federativa do Brasil, 2021. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 16 de jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/> Acesso em: 14 de jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde: de Sintomas da COVID-19. In: **Ministério da Saúde: de Sintomas da COVID-19**. [S. l.]: Fonte: MS/SVS/CGIAE, 8 abr. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas>. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 13 de jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 17 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em set. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de saúde do Distrito Federal. **Lista de espera por Leito de UTI**: paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19. Info Saúde-DF: DGIE/SUPLANS/ SES - DF, 13 out. 2021. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/crdf-lista-de-espera-por-leitos-de-uti>. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 30 out. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 13 de jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020**: Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade. Diário oficial, 20 mar. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927impressao.htm. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil** - FIOCRUZ/COFEN, Rio de Janeiro, 28 volumes. Produzido em 2016, publicado em 2017. Volume I – Brasil, 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto Constitucional Promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Coordenação de Edições Técnicas. Brasília. 1988. Publicação de 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC912016.pdf. Acesso em set. de 2022.

BRASIL. Sistema de Informação sobre mortalidade. DATASUS. **Mortalidade - redistribuição por capítulos dos óbitos corrigidos pela pesquisa de busca ativa** - Brasil. MS/SVS/CGIAE, 31 dez. 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?obitocorr/cnv/obitoredistr>. Acesso em: 21 set. 2021.

CAÇADOR, B.S.; BRITO, M.J.M.; MOREIRA, D.A.; REZENDE, L.C.; VILELA, G.S. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **Rev Min Enferm** [Internet]. 2015; 19(3):612-26. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. Acesso em 17 nov. 2023.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Outpatient and ambulatory care settings: responding to community transmission of COVID-19 in the United States**. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ambulatory-care-settings.html>. Acesso em 24 out. 2023

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 1-6, 2010.

CÉSAR, A. **Futuro da enfermagem é debatido em celebração ao Dia do Enfermeiro**. 2021. Disponível em: <https://ufg.br/n/141845-futuro-da-enfermagem-e-debatido-em-celebracao-ao-dia-do-enfermeiro>. Acesso em 18 nov. 2023.

CHIANCA, T.C.M.; SOUZA, C.C.; WERLI, A.; HAMZE, F.L.; ERCOLE, F.F. The nursing interventions used at clinical practice in Brasil. **Rev Eletr Enf** [Internet]. 2009; 11(3):477-83. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a03.htm>. Acesso em 17 nov. 2023.

COFEN (BRASIL) *et al.* **Enfermagem em Números**. Cofen: DTIC/ASCOM do Cofen, 1 set. 2021a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 3 out. 2021.

COFEN (BRASIL). Coren. Observatório da Enfermagem: Enfermagem Contra Coronavírus. In: **Observatório da Enfermagem: Enfermagem Contra Coronavírus**. Cofen: DTIC/ASCOM do Cofen, 13 out. 2021. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem, **Mortes entre profissionais de Enfermagem por Covid-19 cai 71% em abril de 2022**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/mortes-entre-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19-cai-71-em-abril_86775.html. Acesso em: jun de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa de opinião sobre o impacto da pandemia de covid-19 na enfermagem brasileira**. Brasília, DF, 2023a.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Posicionamento sobre a necessidade de adaptação contínua da enfermagem às mudanças impostas pela pandemia de covid-19**. Brasília, DF, 2023c.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Posicionamento sobre o impacto da pandemia de covid-19 na saúde pública brasileira**. Brasília, DF, 2023b.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen Nº 634/2020**. Brasília, DF: COFEN, 2020. Available from: Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em 18 nov. 2023.

COHN, Amélia; PINTO Rosa Maria Ferreiro. Covid-19 – Desafios para o SUS e para a Rede de Proteção Social na Garantia do Direito à Saúde. In: **O Direito da Saúde na Era pós-Covid-19**. Coordenadores Verônica Scriptore Freire e Almeida, Fernando Reverendo Vidal Akaoui, Marcelo Lamy. --São Paulo: Almedina, 2021.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem-PE (COREN-PE). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE**. PE-Recife: COREN (2ª Edição). 2020. Disponível em: https://www.coren-pe.gov.br/novo/wp-content/uploads/2020/09/PROTOCOLO-DE-ATEN%c3%87%c3%83O-B%c3%81SICA-2020_2%c2%ba-EDI%c3%87%c3%83O-FINAL.pdf. Acesso em 17 nov. 2023.

COSTA, F. S. et al. Valorizando a consulta de enfermagem enquanto prática profissional no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 4, n.4, p. 2881-2889, 2012.

COSTA, Ligia Maria Cantarino et al. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. 7(1)11-25. ed. Brasília-DF: **Revista Pan-Amaz Saude**, 4 fev. 2016. Disponível em: <http://revista.iec.gov.br/submit/index.php/rpas/article/view/122/44>. Acesso em: 21 set. 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. Magda Lopes. Rev. Dirceu da Silva. 3.ed. Porto Alegre, RS. Artmed, 2010. 296p.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. Série Métodos de Pesquisa. 2.ed. Penso. Porto Alegre, RS, 2013.

de atenção. Ciênc saúde coletiva. 2018; 23(3): 861-70.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. **Projeção da população da região Centro-Oeste e Tocantins 1997-2020**. Brasília: CODEPLAN/IBGE, 1999.208p. (Cadernos de demografia, 12).

DISTRITO FEDERAL. **Plano Distrital de Saúde: 2020-2023**. Secretaria de Estado de Saúde. Brasília. 2019c. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/PDS-2020-2023-arquivo-para-consulta-p%C3%BAblica.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal. **Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. Brasília, DF, 2016. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/Decreto_37057_14_01_2016.html. Acesso em: 15 de jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal. **Lei nº 6.359 de 14 de agosto de 2019.** Cria a Região Administrativa do Sol Nascente. Pôr do Sol - RA XXXII e dá outras providências. Brasília, DF. 2019a. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/22b8194e32514c60b7bf2680adfb7d0/Lei_6359_14_08_2019.html. Acesso em: 15 de jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal. **Lei nº 6.391, de 30 de setembro de 2019.** Cria a Região Administrativa de Arniqueira RA - XXXIII e dá outras providências. Brasília, DF. 2019b. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/cd7a6db8e4234e9799a3a232ecc26b00/Lei_6391_30_09_2019.html. Acesso em: 15 de jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Sistema Integrado de Normas Jurídicas. **Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018.** Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, nº 69 de 11/04/2018. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Decreto-n.%C2%BA-38.982-2018-Altera-a-estrutura-administrativa-daSES-DF.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018.** Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Sistema Integrado de Normas Jurídicas. Diário Oficial do Distrito Federal, nº 69 de 11/04/2018. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Decreto-n.%C2%BA-38.982-2018-Altera-a-estrutura-administrativa-daSES-DF.pdf>. Acesso em set. de 2022.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; SILVA, Daniela Giotti da; BAGATINI, Mariana Mattia Correa. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2020.

E.E.P. Einstein Ensino e Pesquisa. **Enfermeiro é peça-chave para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.** 2023. Disponível em:

<https://ensinoepesquisa.einstein.br/fiquepordentro/noticia/enfermeiro-e-peca-chavepara-o-fortalecimento-da-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 13 nov. 2023.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** Secretaria de Estado de Saúde. Campo Grande, MS 2015. Disponível em:

https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/MS_PES-2016-2019-Versao-Final.pdf. Acesso em: 15 de jan. 2023.

ESTADO DO GOIÁS. **Plano Estadual de Saúde: 2016 – 2019.** Secretaria de Estado da Saúde. Goiânia. Go. 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/GO_Plano%20estadual-2016-2019.pdf. Acesso jan. de 2023. Adaptado do IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população.** 2014.

ESTADO DO MATO GROSSO. **Decreto nº 16, de 01 de fevereiro de 2019.** Dispõe sobre a Estrutura Organizacional da Secretaria de Estado de Saúde - SES, a redistribuição de cargos

em comissão e funções de confiança. Diário Oficial de 1 de fev. de 2019. Ano CXXXVII, Nº 27435. Cuiabá, 2019. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/institucional>. Acesso em: 15 de jan. 2023.

ESTADO DO MATO GROSSO. **Regiões de Saúde**. Comissão Intergestora Bipartite. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Tecnologia de Informação. Cuiabá. 2020. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/cib/arquivos/605/regioes-de-saude>. Acesso em: 15 de jan. 2023.

FELIX, Rayane Saraiva et al. Percepções dos enfermeiros sobre as condições de trabalho e infraestrutura das unidades de Atenção Primária em Saúde. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, 2022.

FELLI, VEA, SARQUIS LMM, CARVALHO MB, BAPTISTA PCP, MININEL VA. Respiratory diseases among nursing workers in Brazil: a report of pandemic (A1488). In: **30th International Congress on Occupational Health**, 2012, Cancún – México, 18 a 23/3. Anais.

FERREIRA, S. R. S.; et al. O Processo de Trabalho da Enfermeira na Atenção Primária, frente à pandemia da Covid-19. In.: TEODÓSIO, S. S. C. S.; LEANDRO, S. S. **Enfermagem na Atenção Básica no contexto da COVID-19**. ABEEN. DEAB, 86p. Série Enfermagem e Pandemias, v. 3. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e3-atencaobasica-cap3.pdf>. Acesso em: 14 de jan. 2023.

FERREIRA, S. R. S; PÉRICO, L. A. D; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **REBEn**, internet, v. 71, n. 1, p. 752-757, nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 nov. 2023.

FIOCRUZ (BRASIL) *et al.* Covid-19: a saúde dos que estão na linha de frente. In: TAVARES, Viviane. **Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro - RJ - Brasil.: Portal. Fiocruz, 13 abr. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/print/77773>. Acesso em: 3 out. 2021.

FIOCRUZ (BRASIL) *et al.* Covid-19: a saúde dos que estão na linha de frente. In: TAVARES, Viviane. **Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro - RJ - Brasil.: Portal. Fiocruz, 13 abr. 2020.

FIOCRUZ (BRASIL). **Brasil registra 25.262 casos confirmados de coronavírus e 1.532 mortes**. 2020a Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/brasil-registra-25262-casos-confirmados-de-coronavirus-e-1532-mortes15042020>. Acesso em 17 nov. 2023.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Enfermagem é o grupo mais exposto ao risco na pandemia do Covid-19**. Boletim CoVida. A Saúde dos Trabalhadores de Saúde no enfrentamento da pandemia da Covid- 19. Instituto Gonçalo Moniz. IGM. FIOCRUZ Bahia. Disponível em: <https://www.bahia.fiocruz.br/enfermagem-e-o-grupo-mais-exposto-ao-risco-na-pandemia-do-covid-19/>. Acesso em 14 de jan. 2023.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa de opinião sobre o impacto da pandemia de covid-19 na saúde pública brasileira**. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

- FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem volume 1: hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Versão 1.4. 46 p. 2016.
- FONSECA, R.M.G.S.; FORNARI, L.F.; LOURENÇO, R.G. **Desafios da atenção básica no cuidado à população em tempo de pandemia**. 2ª ed. rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020.
- FOREKEVICZ, Genésio *et al.* Acidentes com material biológico: uma análise com profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. 60, 2021.
- GALAVOTE, H.S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A.C.P.; FREITAS, P.S.S.; SEIDL, H. CONTARATO, P.C. *et al.* The nurse's work in primary health care. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [Internet]. 2016; 20(1):90-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. Acesso em 17 nov. 2023.
- GALON, T.; NAVARRO, V. L.; GONÇALVES, A. M. DE S. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, p. ecov2, 2022.
- GIACOMOZZI, Cléia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto-enferm**, Curitiba, v.15, n.4, p.645-653. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.php?pid=S0104-07072006000400013&script=sci-abstract&tlng=pt>>. Acesso em:
- GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc Saúde Colet**; 25:1475-82, 2020.
- GIOVANELLA, L., BOUSQUAT, A., MEDINA, M. G., MENDONÇA, M. H. M., FACCHINI, L. A., TASCA, R., NEDEL, F. B., LIMA, J. G., MOTA, P. H. S., and AQUINO, R. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022.
- GONDIM, S.; BORGES, L.O. **Significados e sentidos do trabalho do home-office: desafios para a regulação emocional**. Orientações técnicas para o trabalho de psicólogas e psicólogos no contexto da crise COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: SBPOT; 2020. Disponível em: https://www.sbpot.org.br/central-de-conteudo-covid19/wp-content/uploads/2020/04/SBPOT_TEMATICA_5_Gondim_Borges.pdf. Acesso e 17 nov. 2023.
- HARZHEIM, E; MARTINS, C; WOLLMANN, L; PEDEBOS, L. A; FALLER, L. A; MARQUES, M.C; MINEI, T. S. S; CUNHA, C. R. H; TELLES, L. F; MOURA, L. J. N; LEAL, M. H; RODRIGUES, A. S; RECH, M. R. A.; D'AVILA, O. P. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25 (1), 2493-249 7, 2020.
- HAUBERT, Márcio **Introdução à profissão: enfermagem**. Porto Alegre: SAGAH, 2017.
- HOLZ, E. B.; BIANCO, M. de F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cad. EBAPE.BR**, v. 12, Edição Especial, artigo 6, Rio de Janeiro, Ago. 2014.
- IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=793>. Acesso em: 15 de jan. 2023.

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010:** Características da população e dos domicílios, resultados do universo. Rio de Janeiro.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados.** [Internet]. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df/brasil.html>. Acesso em: 15 de jan. 2023.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil:** uma primeira aproximação. Série. Estudos e Pesquisas. Informação Geográfica, n. 11. Diretoria de Geociências. Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro, RJ, 2017. 84p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2023.
- KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso *et al.* **Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem.** vol 42. ed. Colombia: Universidad del Valle, 2 jun. 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28322504014.pdf>. Acesso em: 11 out. 2021.
- LACERDA BRITO, L.; SIMONVIL, S. .; GIOTTO, A. C. Autonomia do profissional de enfermagem diante da covid-19: revisão integrativa. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 420–37, 2020. Disponível em: <https://revistasfasesenaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/300>. Acesso em: 17 nov. 2023.
- LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia de trabalho científico.** 4ª Ed. São Paulo: Atlas. 2001.
- LEITE, L. C.; ROLIM, T. da C. A saúde na qualidade de direito e garantia fundamental: responsabilidade do estado ou da iniciativa privada? Instituto de Estudos Previdenciários – IEPREV. **Revista brasileira de Direito Social.** P. 71-89, 2019.
- LEONEL, F. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde.** 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em 18 nov. 2023.
- MACHADO, M. H. *et al.* **Características gerais da enfermagem:** o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco*, 6 (1/4): 11-17, 2015.
- MARTINS, S. M. *et al.* Consulta de enfermagem: um relato de experiência. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v.10, n. 20, p. 837-840, 2011.
- MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. 2011; 19(1):123-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>. Acesso em 17 nov. 2023.
- MAXIMO, Larissa Maria Isaac *et al.* Conhecimento sobre influenza entre profissionais de saúde de um hospital geral. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 3, p. 37-48, 2015.
- MEDINA, M. G.; *et al.* Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: <http://cadernos.enp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 14 de jan. 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretária de Secretária de Saúde-CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em:

MENDES, Eugênio Vilaça. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**: Organização Pan-Americana da saúde, 2^o. ed. Brasília, DF: Representação Brasil 2011.

MENDES, M. A. **Papel clínico do enfermeiro**: desenvolvimento do conceito. 2010. 154 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem, São Paulo, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo**: Oposição ou complementaridade? In.: MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. (Org.) Métodos e Técnicas de Pesquisa Qualitativa em Saúde. [livro eletrônico], 1. ed., v. 1., ECOS. Brasília, DF, 2021. 228p. Disponível em: https://ecos.unb.br/wp-content/uploads/2021/08/MTPQS_03.08.2021.pdf. Acesso em: 15 de jan. 2023.

MONTEIRO, T. M. de Q., SOUZA, V. K. S. de, SILVA, B. T. de M., NASCIMENTO, G. A. do, SANTANA, M. P. de, SILVA, M. M. R. da, SILVA, R. A. da, SILVA, V. de O. e. Os impactos da pandemia na vida dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa / The impacts of the pandemic on the lives of nursing professionals: an integrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, 5(3), 8059–8073, 2022.

MOURA, Jefferson Wildes da Silva *et al.* Marcos de visibilidade da enfermagem na era contemporânea: uma reflexão à luz de Wanda Horta. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 39, 2022.

MUNDO EDUCAÇÃO. Campo Grande. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/campo-grande.htm>. Acesos em: jan de 2023.

NASCIMENTO, Jucelia Salgueiro; COSTA, Laís de Miranda Crispim; SANTOS, Regina Mariados; ANJOS, Danielly Santos dos. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**; 26(4)dez. 13. ID: lil-721778. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.4_artigo8.pdf>. Acesso em: 28/03/2022. .

NASCIMENTO, Vagner Ferreira et al. Impacto da COVID-19 sob o trabalho da enfermagem brasileira: aspectos epidemiológicos. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020.

NEVES, J. '**Profissionais de saúde precisam estar protegidos, pois fazem parte da infraestrutura de resposta a esta epidemia**'. 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/profissionais-de-saude-precisam-estar-protetidos-pois-fazem-parte-da>. Acesso em 17 nov. 2023.

NURSING OUTLOOK. Nursing perspectives on the covid-19 pandemic: a qualitative study. **Nursing Outlook**, v. 72, n. 3, p. 324-331, 2024.

OLIVEIRA, Lélia Mendes Sobrinho de *et al.* Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde para todos: o caminho para a saúde universal. Genebra, 2022. AFONSO, P.; FIGUEIRA, M.L. Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental?. **Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental**, 2020; 6(1): 2-3.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde**. Washington, D.C.: OPAS, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Acesso em: 14 de jan. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Atenção Primária à Saúde**. Folha Informativa. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Escritório Regional para as Américas. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 14 de jan. 2023.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Desinformação alimenta dúvidas sobre vacinas contra a COVID-19, afirma diretora da OPAS**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/21-4-2021-desinformacao-alimenta-duvidas-sobre-vacinas-contracovid-19-afirma-diretora-da>. Acesso em 17 nov. 2023.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Lições da pandemia de COVID-19 devem ser aproveitadas para enfrentar mudanças climáticas, afirma OPAS**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/27-10-2021-licoes-da-pandemia-covid-19-devem-ser-aproveitadas-para-enfrentar-mudancas>. Acesso em: junho de 2022.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Reorganização e Expansão Progressiva dos Serviços de Saúde para Resposta à Pandemia de COVID-19**. Versão 1.0, março 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52068/OPASBRACOV1920030_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em 17 nov. 2023.

PEDROSA, I.C.F. **A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro** [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2011. 122 p.

PEERI, N.C.; SHRESTHA, N.; RAHMAN, M.S.; ZAKI, R.; TAN, Z.; BIBI, S.; BAGHBANZADEH, M.; AGHAMOHAMMADI, N.; ZHANG, W.; HAQUE, U. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? **Int J Epidemiol**. 2020. Jun 1;49(3):717-726. doi: 10.1093/ije/dyaa033. PMID: 32086938; PMCID: PMC7197734.

PINA, Carla Simone Giroto; CAPES, Mariana. **Análise da Emergência em Saúde Pública de importância internacional e o papel do Ministério da Saúde no Brasil**. Observatório Militar da Praia Vermelha. Rio de Janeiro: ECEME. 2020.

PODER360. **Brasil tem 706.276 mortes por complicações da covid**. 2023. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/brasil-tem-706-276-mortes-por-complicacoes-da-covid/>. Acesso em 17 nov. 2023.

QSR INTERNACIONAL. NVivo: **NVivo 11 Por for Windows**. 2020. Disponível em: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>. Acesso em set. de 2022.

QUINTINO, M. de A.; LEACHI, H. F. L. Assistência e cuidado de enfermagem domiciliar em época de pandemia. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, e2911729662, 2022. DOI 10.33448/rsd-v11i7.29662. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/29662/25592/339471>. Acesso em: 17 nov. 2023.

RAMOS, L. H. *et al.* **Prática clínica do enfermeiro**. São Paulo: UNIFESP, 2012. Disponível em:

http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

RIBEIRO, Lucas Gaspar; MARCONDES, Daiane. A interface entre a atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: formas de promover as práticas na APS. **APS EM REVISTA**, v. 3, n. 2, p. 102-109, 2021.

SAKATA, Karen; ALMEIDA, Maria; ALVARENGA, Ariane; CRACE, Priscila. Concepção da Família sobre as Visitas Domiciliares. **REV BRAS ENFERM**, São Paulo, v.60, n.6, p.659-664, nov-dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/V60n6/07.pdf>>. Acesso em:

SANTOS DS, MISHIMA SM, MERHY EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, mar. 2018.

SANTOS, Álvaro da Silva. MIRANDA Sônia Maria Rezende Camargo de. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. – Barueri, SP: Manole, 2007.

SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde** / organizadores. – Barueri, SP : Manole, 2007. –

SCHUELER, Paulo et al. O que é uma pandemia. In: **O que é uma pandemia**. Brasil: Bio-Manguinhos/Fiocruz, 28 jul. 2020. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: 27 set. 2021.

SCHUELER, Paulo *et al.* O que é uma pandemia. In: **O que é uma pandemia**. Brasil: Bio-Manguinhos/Fiocruz, 28 jul. 2020. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: set. 2022.

SES - SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Planejamento Regional Integrado. Macrorregião de Saúde Centro-Oeste**. 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202301/12113653-macrorregiao-de-saude-centro-oeste.pdf>. Acesso em 28 fev. 2024.

SILVA SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciêñ Saúde Coletiva** . 16(6): 2753-62. 2010;

SILVA, Rafael Pires; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti; CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal. O gerenciamento de risco no âmbito da saúde de profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (DF). Secretaria de saúde. Lista de espera por Leito de UTI: paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19. MS/SVS/CGIAE, 22 set. 2021. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/crdf-lista-de-espera-por-leitos-de-uti/>. Acesso em: 22 set. 2021.

SOARES, C. S. A.; da FONSECA, C. L. R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. *JMPHC. Journal of Management & Primary Health Care*, 2020. ISSN 2179-6750, 12, 1-11.

SOARES, R. **Profissionais de saúde sofrem com cargas excessivas de trabalho durante a pandemia**. 2021. Disponível em: <https://periodico.sites.uepg.br/index.php/saude/2199-profissionais-de-saude-sofrem-com-cargas-de-trabalho-excessivas-durante-a-pandemia>. Acesso em 18 nov. 2023.

SOARES, Samira Silva Santos et al. De cuidador a paciente: na pandemia da Covid-19, quem defende e cuida da enfermagem brasileira? Rio de Janeiro - RJ - Brasil, : Escola Anna Nery, 25 maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/YfFkxn8LLxhtxXXCNB754PP/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 5 out. 2021.

SOUSA, M. F. de. **A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude**. In: SOUSA, Maria Fátima de; FRANCO, Marcos Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes, p.40-77, 2014.

SOUSA, M. F. de. **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (Relatório final)**. Maria Fátima de Sousa (coord.). Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Editora ECoS, Brasília, 2022. 536 p.

SOUSA, M. F.; *et al.* O. Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Enferm. Foco**, v. 12 (Supl.1), p.55-60, 2021. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/complexidade-praticas-enfermagem-atencao-primaria-saude.pdf>. Acesso em: 14 de jan. 2023.

SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: ensaios para tempos de pandemia**. In.: MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. (Org.) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Qualitativa em Saúde*. [livro eletrônico], 1. ed., v. 1., ECOS. Brasília, DF, 2021. 228p. Disponível em: https://ecos.unb.br/wp-content/uploads/2021/08/MTPQS_03.08.2021.pdf. Acesso em: 15 de jan. 2023.

SOUSA, Maria Fátima de. (Coord.) **Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos**. Relatório final. Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Brasília, 2022.

SOUSA, Maria Fátima de. **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (Relatório final)**. Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – Brasília : Editora ECoS, 2022.

SOUSA, Maria Fátima de. **725p Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (Relatório final)** Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – Brasília: Editora ECoS, 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2002. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326>. Acesso em: 13 de jan. 2023.

SUMAR, Norhan; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TEIXEIRA, C. F. de S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020.

TEIXEIRA, C.F.; SANTOS, J.S. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(5):1277-1286, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9NCRSRDmrctK5GhPjybtgxbh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27 fev. 2024.

THE LANCET. The impact of the covid-19 pandemic on global health: a modelling study. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 1202-1213, 2020.

TONIN, L.; LACERDA, M. R.; CÁCERES, N. T. de G.; HERMAN, A. P. Recomendações em tempo de COVID-19, um olhar para o cuidado domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020. DOI 10.1590/0034-7167- 2020-0310. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wLfpdCbYv4LxQBHhvBzSggy/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2023.

TULIO; STEFANELLI; CENTA. **Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.2, n.2, p.71-79, jul-dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300012>. Acesso em:

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2008;24(suppl 1):s148-s158

VIANA, A. L. D'ÁVILA, B. A, MELO, G.A.; NEGRI FILHO, A.D.; MEDINA, M.G. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, jun. 2018.

VIANA, Daiane de Souza Nantes et al. Processo de trabalho de enfermeiros Mato-Grossenses na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da COVID-19: DESAFIOS E LIMITAÇÕES. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, 2022.

WORLDOMETER. **Pandemia de Coronavírus covid-19: Relatar casos de coronavírus.** Worldometer: Worldometer, 27 jul. 2021. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Roteiro de Entrevista Semiestruturado

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS E ENFERMEIRAS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

PESQUISA: PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS

Objetivo: Conhecer as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros atuantes em seu cotidiano.

Nº Entrevista:

Data:

Início:

Término:

Bloco I: Dados sociais

Nome (iniciais)

Qual sua data de nascimento:

O seu gênero é: _____

A sua raça é: _____

Qual a sua naturalidade? _____

Você trabalha no município de reside?

Por que você escolheu este lugar para trabalhar?

Qual seu estado civil?

Com quantas pessoas moram em sua residência?

Qual a renda familiar em sua casa?

Qual a sua renda mensal?

Bloco II- Formação Profissional

1. Em que ano você concluiu sua graduação?

2. Estudou em instituição pública ou privada?

3. Em que estado/país você se graduou?

4. Você fez cursos de pós-graduação (*Stricto Sensu/Lato Sensu*)? Em caso afirmativo qual(is)?

Qual ano completou?

Bloco III- Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o trabalho que você desenvolve nesta unidade.

1. Há quanto tempo trabalha nesta unidade?

2. Descreva como é o seu dia a dia de trabalho e suas principais atividades.

Obs: Não se esquecer de perguntar sobre consulta para hipertensos, diabéticos, crianças, pré-natal, caso o profissional não lembre ou não fale.

3. O que você encontra como facilidades no seu trabalho como enfermeira (o)?

4. O que você encontra como dificuldades no seu trabalho como enfermeira (o)?

5. Em suas atividades diga-me em qual área você identifica ter autonomia como profissional?

6. Você precisa de avaliação/prescrição de outro profissional para concluir um atendimento que iniciou, seja no acolhimento ou em consultas?

7. Em relação a saúde da mulher, você realiza a coleta de exame Papanicolaou e exame das mamas?

8. Em caso de verificação de um processo inflamatório e/ou infeccioso em uma doença sexualmente transmissível você prescreve o tratamento medicamentoso? Por quê?

9. Em caso de tratamento de lesões de pele dos usuários em sua unidade, você está habilitada/autorizada a prescrever pomadas e coberturas sem recorrer a prescrição médica?

10. Aqui nesta unidade faz parte de suas atividades a solicitação de exames como endoscopia, ultrassonografia, Rx, exames bioquímicos?
11. Você faz atendimento coletivo a grupos da população na unidade de saúde? Com qual periodicidade? Que tipo de ação/ações você desenvolve?
12. Se tomarmos a experiência que você me descreveu anteriormente, que necessidades de saúde mais tomam a sua atenção?
13. Durante o período da Pandemia que atividades você desenvolvia?
14. Quais os desafios ou limitações enfrentou ou ainda enfrenta como enfermeiro (a) no contexto da pandemia?
15. Com a pós pandemia, o que mudará em suas práticas? [Fale das potencialidades de atuação que você observa para o seu trabalho pós Pandemia].

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa. O objetivo desta pesquisa é compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

A sua participação será por meio da participação em grupos de diálogo e entrevistas individuais, que serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, haverá ainda o registro fotográfico e em vídeo o tempo estimado para a realização é entre 20 minutos e 1 hora.

Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem e entrevistas, que, por se tratar de conversas, eventualmente, os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado.

Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que o participante está resguardado e que suas informações pessoais/ identidade não serão reveladas. No que diz respeito aos possíveis riscos, os principais riscos que poderão ocorrer durante a pesquisa são:

- Incompreensão sobre alguns dos termos utilizados pela equipe de pesquisa. Caso isso ocorra, o pesquisador buscará minimizar este risco explicando com clareza e exatidão científica o verdadeiro significado do termo utilizado que por ventura não seja compreendido pelo(a) participante.
- Fortes emoções que possam ser manifestadas pelos(as) participantes diante de problemas correlacionados a problemas pessoais e exposição diante do grupo. Diante das possíveis emoções que possam ser manifestadas pelos(as) participantes, para minimizá-las, o pesquisador dará uma pausa na realização da entrevista, possibilitando que o(a) participante se recomponha emocionalmente e poderá lhe oferecer tomar uma água, tentará lhe promover segurança, proporcionando-lhe uma melhor tranquilidade. E quanto à possibilidade de exposição diante do grupo e de exposição de informações pessoais do(a) participante, este risco será minimizado por meio da garantia de sigilo de informações obtidas na pesquisa e anonimato dos(as) participantes, além do fato de que o seu nome não irá constar dos instrumentos de avaliação, ao mesmo tempo em que não irá constar do banco de dados com as respostas a esses instrumentos.
- Risco do(a) participante se cansar de responder as perguntas. Caso isso ocorra, e como forma de minimizar este risco, o pesquisador estará interrompendo a entrevista e retornará ao preenchimento do roteiro de perguntas no momento mais oportuno para o sujeito entrevistado.
- Possibilidade de se considerar alguma pergunta muito pessoal ou constrangedora. Se em qualquer fase da pesquisa, o(a) participante se sentir invadido(a) ou constrangido(a), em decorrência da entrevista, lhe será garantido a interrupção da entrevista sem nenhum comprometimento, prejuízo ou ônus.

- Interferência na rotina do(a) participante. Para minimizar e até mesmo evitar esta interferência, o(a) participante poderá agendar a realização de sua entrevista somente quando dispor de tempo para tal fim, de acordo com a sua disponibilidade e o seu interesse, respeitando-se sempre a sua rotina de vida e de trabalho, evitando-se deste modo que se possa interferir seu cotidiano de vida e trabalho.

Ressalte-se que será garantida a manutenção do mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo profissional sobre a identidade do(a) participante durante e após o término da pesquisa. Desse modo, a sua identidade pessoal não será incluída em nenhum dos produtos da pesquisa para fins de publicação científica. Assim sendo, o pesquisador estará eliminando quaisquer riscos que possam estar relacionados à identidade do(a) participante.

Quanto aos benefícios há contribuição para o fortalecimento das redes sociais para prevenção e controle das doenças, conhecimento acerca do tema, desenvolvimento do senso crítico, contribuição com a pesquisa científica no âmbito da informação, educação e comunicação em saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente em meio científico. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ciências da

Saúde – FS, Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor, entrar em contato através do contato telefônico do CEP/FEPECS 2017-1145, ramal 6878 e e-mail comitedeetica.secretaria@gmail.com;

podendo também, dirimir suas dúvidas em contato através do NESP/UnB em horário comercial, ou ainda diretamente com a pesquisadora responsável, a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3107-7940, com possibilidade de ligações a cobrar, ou ainda pelo endereço de e-mail mariafatimasousa09@gmail.com.

Quanto à possibilidade de indenização e ressarcimento de despesas, os possíveis casos serão avaliados junto à fonte financiadora desta pesquisa: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com gestão de recursos pela Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, no horário de atendimento de 10h00min às 12h00min e de 13h30min às 15h30min, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Local: Data: //

Nome Entrevistado: _____

Assinatura Entrevistado: _____

Nome Pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Assinatura Pesquisador: _____

Contato: (61) 3107-7940 - Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, (horário comercial) ou com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa. E-mail mariafatimasousa09@gmail.com.

Rubrica

Apêndice 3 – Relatório Técnico



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

HELDER LIMA GARCIA AZEVEDO

RELATÓRIO TÉCNICO

**BRASÍLIA
2024**

PALAVRAS INICIAIS:

Trata-se de uma pesquisa, que é fruto de uma dissertação de Mestrado Profissional, realizando junto ao PPGSC/FCS/UnB. A pesquisa em questão objetivou, registrar os principais resultados da pesquisa realizada sobre a atuação do enfermeiro no contexto da atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19, sendo que, o estudo teve como foco os municípios da região Centro-Oeste(CO) e do Distrito Federal (DF).

A presente pesquisa pretendeu servir enquanto subsídios aos gestores do SUS, disponibilizando evidências técnico-científicas relevantes aos gestores do sistema de saúde nacional, para o planejamento, monitoramento e avaliação de estratégias de enfrentamento da pandemia. Ela representa um desafio global sem precedentes, exigindo uma resposta efetiva por parte dos profissionais de saúde. Nesse contexto, o papel do profissional enfermeiro na APS se torna fundamental, pois, são eles que estão na linha de frente do cuidado à população.

Com o advento da Pandemia da Covid-19, o vírus SARS-Cov-2, causador da doença Covid- 19, foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11/03/2020 e, essa situação desafiou a capacidade de governança dos estados nacionais, que tiveram que lidar com a recuperação econômica e o combate à epidemia simultaneamente.

RESULTADOS IDENTIFICADOS:

Dentre os principais resultados encontrados na realização da presente pesquisa sobre a atuação do enfermeiro durante a pandemia da COVID-19, podem ser citados:

- 1. Foi identificado que o enfermeiro desempenha um papel fundamental no enfrentamento da pandemia da COVID-19 na atenção primária à saúde. Eles têm sido responsáveis pela triagem e acolhimento dos pacientes, realização de testes, educação em saúde, acompanhamento de casos suspeitos e confirmados, entre outras atividades.**
- 2. Os enfermeiros têm desempenhado um papel importante na coordenação das equipes de saúde durante a pandemia, sendo que eles, têm sido responsáveis por organizar e direcionar as ações dos profissionais de saúde, garantindo a efetividade do atendimento aos pacientes.**
- 3. Os enfermeiros têm atuado na articulação com outros níveis de atenção do sistema de saúde, como hospitais e centros de referência, para garantir uma melhor integração e continuidade do cuidado aos pacientes.**
- 4. Os enfermeiros têm desempenhado um papel importante na educação em saúde da população, fornecendo informações sobre prevenção, cuidados e medidas de controle da**

COVID-19. Eles têm sido responsáveis por disseminar conhecimentos e orientações para a comunidade.

5. Foi observado que os enfermeiros têm enfrentado uma sobrecarga de trabalho durante a pandemia, devido ao aumento da demanda por serviços de saúde. Isso ressalta a necessidade de apoio e suporte adequados para esses profissionais.

Esses resultados destacam a importância da atuação do enfermeiro na resposta à pandemia da COVID-19 e ressaltam, a necessidade de valorização e fortalecimento desses profissionais, além do investimento em capacitação e recursos adequados para enfrentar os desafios impostos por essa emergência.

RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES DO SUS:

Diante dos resultados apresentados, fica evidente a importância da atuação do enfermeiro no contexto da atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19. Recomenda-se aos gestores do SUS o fortalecimento das equipes de enfermagem, com a disponibilização de recursos adequados a valorização desses profissionais. Além disso, é necessário investir em capacitação e educação continuada, visando aprimorar as habilidades e competências dos enfermeiros para enfrentar os desafios impostos por essa pandemia. Desta forma, e como Enfermeiro, pesquisador, e trabalhador do SUS, gostaria de apontar algumas recomendações aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), produto de minha Dissertação de Mestrado sendo elas

1. Os gestores do SUS devem garantir que haja uma capacidade adequada de resposta para enfrentar a pandemia. Isso inclui o aumento da capacidade de testagem, a disponibilidade de leitos hospitalares e de UTI, e a garantia de equipamentos de proteção individual (EPIs) para os profissionais de saúde.

Em decorrência do COVID-19, foi verificado o aumento da procura dos vários serviços de saúde, tanto em relação a iniciativa pública quanto na privada, aumentando a realização de vários procedimentos em saúde, com é o caso das triagens, aumento no preenchimento de documentos, registros e notificações, o que é possível verificar também, a realização de processos e articulações de adaptação e de reorganização, nos procedimentos e suas rotinas. Desta forma, também foi possível perceber a necessidade reagendamentos de consultas e de procedimentos junto as unidades de saúde, bem com, nos casos mais complexos, ou que foi possível verificar agravamento, a realização de encaminhamentos para instituições de saúde de maior grau de complexidade. Nesse sentido e, enquanto forma de evitar o deslocamento de

pacientes para instituição de saúde brasileiras, foi possível verificar que algumas equipes em saúde, realizavam visitas domiciliares, facilitando o atendimento em saúde. Por outro lado, nos momentos em que a pandemia do COVID-19 se encontrava em seus períodos mais violentos e ruidosos, ocorreu a interrupção dos atendimentos em saúde, a suspensão de procedimentos e de atividades, gerando a necessidade de desenvolvimento de avaliação criteriosa dos pacientes e de suas condições.

2. É essencial que os gestores do SUS invistam em uma comunicação clara e efetiva com a população. Isso inclui fornecer informações atualizadas sobre a COVID-19, medidas de prevenção, sintomas e como buscar atendimento. A transparência nas informações é fundamental para aumentar a confiança e adesão da população às medidas de controle.

Foi de grande valia no processo de combate e controle do COVID-19 em todo o mundo, os esforços, estratégias e ações implementadas pela OMS e pela OPAS, desenvolvendo ações, no primeiro momento, de disparo do alerta para o surgimento de uma nova enfermidade identificada junto a cidade de Wuhan, na China, já solicitando providências das autoridades sanitárias e encaminhando técnicos para o apoio de ações que favorecessem o seu melhor diagnóstico. Desta forma, foi possível verificar o impacto gerado pelo COVID-19 junto aos serviços de saúde nacionais e internacionais, por conta de várias questões, da reduzida disponibilização de EPI a serem utilizados pelos trabalhadores pertencentes à categoria profissional de enfermagem e de saúde, redução do quantitativo de profissionais que atendiam pacientes com diagnóstico de COVID-19 e que contraíram essa enfermidade, ou que, por conta de alguma questão, ficaram impossibilitados de desenvolverem atividades nesse setor de atuação laborativo.

3. Os gestores do SUS devem priorizar a vacinação em massa contra a COVID-19. Isso envolve o planejamento adequado da distribuição das vacinas, a definição de grupos prioritários e a realização de campanhas de conscientização para incentivar a vacinação.

Nos primeiros momentos de desenvolvimento do COVID-19, seus impactos foram mais violentos por conta do desconhecimento desta enfermidade infecciosa e de suas variantes, além da inexistência de um protocolo e ações e de rotinas a serem seguidas pelos profissionais de enfermagem de saúde, o que dificultou o desenvolvimento das ações em saúde, em todos os seus níveis de atuação. No segundo momento, no processo de comunicação em massa para todas as nações internacionais, sugerindo o início da tomada de medidas e de

providencias, objetivando se conseguir conter os avanços que essa complexa enfermidade viral estava desenvolvendo.

4. A atenção primária à saúde desempenha um papel crucial na detecção precoce, prevenção e tratamento da COVID-19. Os gestores do SUS devem fortalecer os serviços de atenção primária, garantindo o acesso adequado a consultas, exames e acompanhamento de pacientes suspeitos ou diagnosticados com a doença.

É de se apontar que alguns dos pontos que facilitaram o combate do COVID-19, como por exemplo, foi o surgimento do teste rápido para o seu diagnóstico, disponibilizado para comercialização em farmácias, ou realizados em pontos montados em pontos estratégicos nas cidades brasileiras, e que facilitou a realização do seu diagnóstico com mais agilidade. Dentre os pacientes que apresentavam maior necessidade de atendimento e de atenção à saúde, podem ser citados as crianças, gestantes, pacientes com diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com o caso da hipertensão arterial (HA), diabetes mellitus (DM) e os que se encontravam descompensados. Desta forma, e tendo como base a complexidade desta situação gerada internacionalmente e nacionalmente pelo COVID-19, fenômenos administrativos das instituições de saúde foram verificados, como é o caso da impossibilidade de atuação e a solicitação de licenças pelos profissionais de enfermagem e de saúde, o que permitiu a fragilização dos serviços de atendimento públicos e privados. Nesse contexto, é possível verificar a redução da capacidade de atendimento e da força de trabalho (FT), relacionada a redução dos trabalhadores pertencentes a categoria profissional de enfermagem e de saúde, fragilizando o combate e o controle do COVID-19.

5. A telemedicina pode ser uma ferramenta importante durante a pandemia do COVID-19, permitindo a consulta médica remota e, desta forma, evitando os deslocamentos desnecessários, sendo que os gestores do SUS, devem investir junto à infraestrutura e a capacitação para a implementação efetiva da telemedicina, garantindo o acesso equitativo aos inúmeros serviços de saúde disponibilizados.

Em decorrência destes fenômenos gerados pelo COVID-19 e da fragilização dos serviços de saúde brasileiros, foram verificadas redução na capacidade de realização de atendimentos, na realização de diagnósticos, e desenvolvimento de procedimentos mais complexos, o que facilitou o surgimento de outras questões em saúde. Diante de todas essas questões apontadas, após à realização da presente pesquisa, é importante destacar a importância e a necessidade de maior apoio e de fortificação da ABS e por extensão do SUS, enquanto forma estratégica, para combate, controle e mitigação dos impactos vivenciados

durante a pandemia do COVID-19. Outras medidas e estratégias para o apoio dos profissionais enfermeiros, de enfermagem e da saúde, devem ser repensadas e disponibilizadas, objetivando fortalecer esses profissionais que se encontram quantitativamente e qualitativamente, desenvolvendo suas ações e serviços nos processos de promoção à saúde, educação em saúde, comunicação em saúde, prevenção às doenças, doenças de notificação compulsória e agravos em saúde.

6. Os gestores do SUS devem garantir o apoio adequado aos profissionais de saúde que estão na linha de frente no combate e controle à pandemia do COVID-19, sendo que isso inclui, fornecer EPIs adequados e em quantitativo necessário, oferecendo suporte psicológico, treinamentos e reconhecimento pelo trabalho desempenhado.

Essas são apenas algumas recomendações gerais aos gestores do SUS durante a pandemia da COVID-19. É importante ressaltar que as estratégias devem ser adaptadas de acordo com a realidade local e as necessidades específicas de cada município da região Centro-Oeste (CO) e o DF, que foram cenários analisados em minha dissertação de mestrado. As pessoas pertencentes a todos os estratos sociais e que constituem a sociedade, devem unir forças e esforços, objetivando promover ações de fortalecimento da saúde pública no Brasil, permitindo desta forma, com que os profissionais de saúde, programas e estratégias desenvolvidas junto às instituições e o SUS no Brasil, consiga realizar suas atividades conforme estabelecidos em seus princípios. É importante destacar a questão da crise em saúde no Brasil, desenvolvida e perseverante de governos anteriores, e que impede o crescimento, desenvolvimento e a expansão das atividades implementadas pelas instituições constituintes do setor saúde nacional. Outros fatores, que contribuem direta e indiretamente para a fragilização do setor saúde no Brasil, conforme apontado por vários pesquisadores, são a crise política e a crise econômica, já observadas historicamente e que dificultam uma maior ampliação das ações, serviços e estratégias em saúde nacionalmente.

Por conta destas questões vivenciados no cotidiano laborativo dos profissionais enfermeiros e de enfermagem, a capacidade de resposta foi modificada, vulnerabilizando fortemente essa categoria de trabalhadores e fragilizando as unidades pertencentes ao sistema público de saúde nacional. Desta forma, a possibilidade de contaminação dos profissionais enfermeiros, equipe de enfermagem e trabalhadores da equipe multiprofissional de saúde estavam mais predispostos, à contaminação pelo COVID-19 e por suas inúmeras variantes existentes. Nesse contexto, e não por acaso, os profissionais enfermeiros, equipe de enfermagem e trabalhadores em saúde, tiveram registros de diagnóstico pelo COVID-19, ou

ainda, mortalidade por esse agente viral. Por outro lado, além de sequelas geradas pela contaminação e recontaminação pelo COVID-19, os profissionais enfermeiros e da saúde como um todo, vieram a ter o diagnóstico de problemas emocionais, psicológicos e até mesmo, psiquiátricos.

Uma outra sugestão, diante do trabalho desenvolvido, é que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os outros órgãos de representação da categoria profissional de enfermagem, como é o caso dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENS), à Associação Brasileira de Enfermagem (ABENs), Sindicatos dos Profissionais Enfermeiros (SINDIENFERMEIROS), dentre outros, ampliem os seus esforços, políticas e estratégias, no sentido de maior apoio de toda a categoria empenhada no desenvolvimento do cuidado holístico ao ser humano, a família, a comunidade e a sociedade, contra o COVID-19, dentre outras questões em saúde coletiva relacionadas.

O COFEN, e os órgãos de representação da categoria profissional de enfermagem também deve desenvolver ações e articulações, objetivando favorecer melhores condições de trabalho aos seus pertencentes, como por exemplo, a disponibilização em maior quantidade de EPI em todos os seus tipos necessários, para o desempenho de suas atividades laborativas, reduzindo os riscos ocupacionais de todas as ordens, que ampliam as vulnerabilidades destes trabalhadores da ABS. Ações, políticas e estratégia de apoio de destes órgãos, também devem ser repensados, objetivando estimular as ações e cuidados desenvolvidos junto às instituições pertencentes e constituintes da ABS, em todos os seus níveis constitutivos, junto às esferas distrital, municipal, estadual e federal em saúde.

Apêndice 4 - Artigo

Pandemia da covid-19: atuação de enfermeiro no contexto da Atenção Primária à Saúde em municípios da região Centro-Oeste e Distrito Federal

Covid-19 pandemic: nurses' role in the context of Primary Health Care in municipalities in the Midwest region and Federal District

Pandemia de covid-19: el papel del enfermero en el contexto de la Atención Primaria de Salud en municipios de la región Centro-Oeste y el Distrito Federal

Helder Lima Garcia Azevedo²
José da Paz Oliveira Alvarenga³
Veronica Cortez Ginani⁴
Maria Fátima de Sousa⁵

RESUMO

A crise da covid-19 destacou a importância dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, revelando sua dedicação e protagonismo. A pandemia enfatizou o valor do trabalho da enfermagem, divulgado pela mídia, e evidenciou seu papel fundamental nas unidades de saúde. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa foi analisar as percepções dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde em municípios da região Centro-Oeste e Distrito Federal, durante o período da pandemia da covid-19. Como metodologia, foi utilizada uma abordagem qualitativa para a coleta e análise dos dados. Foram realizadas entrevistas individuais com os enfermeiros(as) que atendiam aos critérios de inclusão. As entrevistas abordaram temas relacionados às práticas de assistência na APS, as experiências durante a pandemia da covid-19, os desafios enfrentados, a visão sobre a importância do trabalho da enfermagem, entre outros tópicos relevantes. Foi realizada uma análise temática para identificar padrões e tendências nas respostas dos participantes, buscando compreender as percepções e experiências dos enfermeiros(as) no contexto da APS durante a pandemia. Os resultados obtidos foram utilizados para aprimorar a compreensão das práticas de assistência na APS realizadas pelos enfermeiros(as) e seu papel durante a pandemia da covid-19. As conclusões da

² Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB). Enfermeiro. Pós-graduado em terapia intensiva. Consultor técnico da Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. E-mail: limah062@gmail.com.

³ Professor Associado do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. Pós-Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Pesquisador Colaborador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília. E-mail: alvarengajose@yahoo.com.br.

⁴ Professora associada do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília, UnB. Pós-doutorado pela University of Rochester, EUA. Doutora em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília. Coordenadora do programa de pós-graduação em saúde coletiva - Mestrado Profissionalizante. E-mail: vcginani@gmail.com.

⁵ Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília (UnB). Pós-doutora pela Université du Québec à Montréal (UQAM). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), Coordenadora nacional da pesquisa. "Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde". E-mail: mariafatimasousa09@gmail.com.

pesquisa puderam fornecer subsídios valiosos para aprimorar a gestão da saúde pública, apoiar os profissionais de enfermagem e melhorar os serviços prestados à comunidade.

Palavras-chave: pandemia por covid-19, cuidados de enfermagem, Atenção Primária à Saúde (APS), administração em saúde pública.

ABSTRACT

The covid-19 crisis highlighted the importance of healthcare professionals, especially nurses, revealing their dedication and leadership. The pandemic emphasized the value of nursing work, widely publicized by the media, and highlighted its fundamental role in healthcare units. In this context, the aim of this research was to analyze the perceptions of nurses working in Primary Health Care in municipalities in the Midwest region and the Federal District, during the covid-19 pandemic. The methodology involved a qualitative approach for data collection and analysis. Individual interviews were conducted with nurses who met the inclusion criteria. The interviews addressed topics related to assistance practices in Primary Health Care, experiences during the covid-19 pandemic, challenges faced, the perception of the importance of nursing work, and other relevant topics. A thematic analysis was performed to identify patterns and trends in the participants' responses, aiming to understand nurses' perceptions and experiences in the context of Primary Health Care during the pandemic. The obtained results were used to enhance the understanding of assistance practices performed by nurses and their role during the covid-19 pandemic. The research conclusions provided valuable insights to improve public health management, support nursing professionals, and enhance the services provided to the community.

Keywords: covid-19 pandemic, nursing care, Primary Health Care (PHC), public health administration.

RESUMEN

La crisis de la covid-19 resaltó la importancia de los profesionales de la salud, especialmente los enfermeros, revelando su dedicación y protagonismo. La pandemia enfatizó el valor del trabajo de enfermería, difundido por los medios de comunicación, y evidenció su papel fundamental en las unidades de salud. En este contexto, el objetivo de esta investigación fue analizar las percepciones de los enfermeros que trabajan en la Atención Primaria de la Salud en municipios de la región Centro-Oeste y el Distrito Federal, durante el período de la pandemia de la covid-19. Como metodología, se utilizó un enfoque cualitativo para la recolección y análisis de datos. Se llevaron a cabo entrevistas individuales con los enfermeros que cumplían con los criterios de inclusión. Las entrevistas abordaron temas relacionados con las prácticas de asistencia en la APS, las experiencias durante la pandemia de la covid-19, los desafíos enfrentados, la visión sobre la importancia del trabajo de enfermería, entre otros temas relevantes. Se realizó un análisis temático para identificar patrones y tendencias en las respuestas de los participantes, buscando comprender las percepciones y experiencias de los enfermeros en el contexto de la APS durante la pandemia. Los resultados obtenidos se utilizaron para mejorar la comprensión de las prácticas de asistencia en la APS realizadas por los enfermeros y su papel durante la pandemia de la covid-19. Las conclusiones de la investigación proporcionaron información valiosa para mejorar la gestión de la salud pública, apoyar a los profesionales de enfermería y mejorar los servicios brindados a la comunidad.

Palabras clave: pandemia de la covid-19, atención de enfermería, Atención Primaria de la Salud (APS), administración en salud pública.

INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial, a crise sanitária da pandemia da covid-19 foi devastadora, registrando altos índices de transmissão da doença e milhões de óbitos nos mais diversos países. Até 2023, foram registradas, no mundo, mais de seis milhões e novecentas mortes em decorrência da covid-19¹. Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, nesse mesmo período, no país, foram registrados 37 milhões de casos (cerca de 17% da população) e 700 mil óbitos (mais de 3 mortes para cada 1 mil habitantes)².

Nesse cenário, ressalta-se que houve um rearranjo organizacional de todo o contexto laboral na área da saúde. Praticamente todos os profissionais do setor foram mobilizados para o enfrentamento da pandemia em diversas áreas de atuação; de modo a envolver o seu conhecimento e prática não somente na proteção da vida, mas também, no fortalecimento de sistemas e serviços de saúde³.

Por estarem em contato direto com casos da doença, os profissionais da saúde foram os que primeiro sentiram o impacto com a chegada da pandemia, sofrendo perdas importantes em seu contingente. Dados da Organização Mundial da Saúde – OMS, em 2020, registravam em torno de 115 mil mortes de profissionais por covid-19 desde o início da pandemia⁴. Em 2023, esse total passou para 180 mil mortes de profissionais de saúde⁵.

Publicação do Observatório da Enfermagem do COFEN⁶ revela que desde o início da pandemia até junho de 2023, 872 profissionais de enfermagem foram a óbito decorrente da covid-19 (enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem). A taxa de letalidade entre os(as) profissionais de enfermagem era de 2,29%. Ressalte-se que no Distrito Federal, 26 profissionais de enfermagem foram a óbito em decorrência da covid-19, conforme dados do observatório referenciado⁶.

Pensando no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, evidenciou-se a importância desse serviço no enfrentamento da pandemia da covid-19. Sobretudo na ordenação do cuidado, no sentido de identificar precocemente os casos, com monitoramento e encaminhamento dos mais graves aos demais pontos de assistência⁷. Nesse ambiente, os trabalhadores da enfermagem também se destacaram.

Tendo em vista a alta circulação do coronavírus, especialmente nos períodos mais críticos desta grave crise sanitária, os profissionais de enfermagem vivenciaram diversas situações de exposição aos riscos de infecção. Por atuarem na chamada linha de frente da assistência e terem

contato direto com os pacientes na maior parte do trabalho, entre todos os profissionais que lidam com os pacientes, os enfermeiros estavam mais vulneráveis à contaminação⁸.

Diante do exposto, quando se reflete sobre o cotidiano do trabalho dos (as) enfermeiros(as) da APS, sobre suas práticas no escopo das ações e atribuições específicas, bem como no desenvolvimento daquelas atribuições comuns aos profissionais da APS; quer sejam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do modelo tradicional e/ou do modelo da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e nos territórios de saúde e em ambiente domiciliares nas comunidades, e por compreender a importância desses profissionais nas ações coletivas e individuais na atenção aos usuários dos serviços, somos motivados à busca da compressão sobre o seu processo de atuação no enfrentamento à pandemia da covid-19, e das evidências que se apresentam a partir das análises de narrativas de profissionais que tenham vivenciado o crítico e sofrido contexto da crise sanitária ocasionada por esta pandemia.

Assim sendo, observa-se que a pandemia da covid-19 trouxe desafios sem precedentes para os profissionais de saúde em todo o mundo, incluindo enfermeiros e enfermeiras. No contexto do Centro-Oeste, esta pesquisa foi realizada com o objetivo de investigar as percepções desses profissionais durante a pandemia. Compreender suas experiências, preocupações e perspectivas pode fornecer informações para aprimorar a gestão da pós-crise e o apoio necessário aos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracterizar-se como um estudo de abordagem qualitativa, realizada em municípios da região Centro-Oeste e no Distrito Federal (DF). Foram selecionados municípios classificados como urbanos representados pelas capitais dos diferentes estados da região. Sendo assim, foram avaliados, além do DF: em Goiás – o município de Goiânia; no Mato Grosso a cidade de Cuiabá; e, no Mato Grosso do Sul a capital de Campo Grande.

No Distrito Federal, foram selecionadas as sete Regiões de Saúde: Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste. O critério utilizado foi a organização territorial sanitária que se dá em conformidade com o Decreto n. 38.982, de 10 de abril de 2018, que alterou a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)⁹. Cada Região de Saúde abarca um conjunto de Regiões Administrativas (RA) que compõem o Distrito Federal, totalizando 33 RAs^{10,11}.

A seleção dos municípios deu-se com base no cálculo amostral, adotado na pesquisa nacional sobre as “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”. No referido estudo foi delineada uma amostra estatisticamente representativa dos municípios brasileiros, considerando-se a base de dados disponibilizada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foi utilizado, então, o critério de seleção prioritariamente aleatório tanto para os municípios quanto para os(as) enfermeiros(as). Em casos específicos, foi adotado o critério de seleção por conveniência. Para os municípios classificados na tipologia urbano, a prioridade foi dada às capitais com exceção à cidade de Brasília, em que foi considerado o DF com todas as suas RA; representando assim, uma seleção por conveniência¹².

Assim como na pesquisa supramencionada, no presente estudo o cenário de investigação está representado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Foram selecionadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tanto do modelo tradicional, quanto do modelo de Equipes de Saúde da Família (eSF), identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, caracterizados como estabelecimentos de saúde do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica” e “Posto de Saúde”¹².

Como critérios de inclusão foram considerados todos(as) os(as) enfermeiros(as) que desenvolviam práticas de assistência ou de gestão na APS; sendo excluídos aqueles(as) profissionais que exerciam função de preceptorias nos serviços e consultorias; os(as) que não tinham vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde; e os(as) que estivessem ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza¹²

Sendo assim, para cada um dos três municípios (Goiânia - GO, Cuiabá - MT, Campo Grande - MS) e no Distrito Federal foram selecionados(as) 7 enfermeiros(as), totalizando 28 profissionais¹². Os profissionais que participaram das entrevistas foram identificados por suas respectivas datas de nascimento.

Os dados foram coletados junto a base de dados da pesquisa nacional sobre as práticas de enfermagem na APS¹². A base de dados encontra-se ancorada no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Destaca-se que para a coleta de dados deste estudo, foram extraídas três perguntas do roteiro de entrevista semiestruturado, utilizado na pesquisa nacional anteriormente referenciada. As perguntas, descritas a seguir, buscaram investigar a atuação dos(as) enfermeiros(as) da APS no contexto da pandemia da covid-19, relacionada às atividades desenvolvidas, aos desafios ou limitações enfrentadas, e a opinião sobre as possíveis mudanças de práticas no trabalho com o pós-pandemia.

- Durante o período da pandemia que atividades você desenvolvia?

- Quais os desafios ou limitações você enfrentou ou ainda enfrenta como enfermeiro(a) no contexto da pandemia?

- Com a pós-pandemia, o que mudará em suas práticas?

As entrevistas realizadas foram gravadas de forma remota, tendo em vista o contexto da pandemia da covid-19, e, posteriormente foram transcritas. Os textos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática de Bardin¹³. Seguiram-se, assim, as três etapas operacionais: i) Pré-análise - que é a determinação da unidade de registro e de contexto, dos recortes, da forma de categorização, da modalidade de codificação e dos conceitos teóricos mais gerais para a orientação da análise; ii) Exploração do material - quando ocorre a classificação do segmento de texto visando o alcance do núcleo de compreensão do texto. Nessa etapa é necessário categorizar os discursos para melhor compreensão do contexto em que estão localizados. Assim a interpretação das expressões e pensamentos revelados será facilitada¹³. Para otimizar a etapa mencionada, foi utilizado como ferramenta o Software IraMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7 alpha 2, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A análise utiliza o campo lexical, ou seja, palavras que pertencem a uma mesma área de conhecimento, para agrupar segmentos de texto (ST) correlacionados, possibilitando análises estatísticas sobre corpus textuais obtidos; iii) Tratamento dos resultados e interpretações - considerando-se o contexto em que o texto está inserido.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/UnB) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES-DF) (CAAE nº 20814619.2.3030.5553 e nº 20814619.2.0000.0030).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica dos(as) enfermeiros(as) pesquisados(as)

A população estudada caracteriza-se por ser majoritariamente do sexo feminino, em todas as localidades pesquisadas (79%; n=22), pardas (54%; n=15) e possuir entre 40 e 50 anos (46%; n=13). Campo Grande se destacou, por apresentar 100% dos registros oriundos de pessoas do sexo feminino. No que diz respeito a pós-graduação, a maioria (49%; n=21) apresenta especialização *Latu Senso* na área de enfermagem ou em outras áreas. Apenas 5% (n=2)

possuem pós-graduação *Stricto Sensu*. Em relação à renda, o Distrito Federal (DF) apresentou os maiores salários, sendo a faixa mais frequente entre R\$8.000 e R\$9.000 (50%; n=12).

Tabela 3 - Distribuição do quantitativo de enfermeiros(as) da APS, pesquisados(as) no Distrito Federal e nos municípios de Goiânia (Goiás), Cuiabá (Mato Grosso) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul), com relação características sociodemográficas de interesse.

Características Sociodemográficas dos(as) Enfermeiros(as)		Locais da Pesquisa									
		DF		Goiás		Cuiabá		Campo Grande		TOTAL	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	N
Gênero	Masculino	29	2	29	2	29	2		0	21	6
	Feminino	71	5	71	5	71	5	100	7	79	22
Raça	Branco	29	2	43	3	29	2	43	3	36	10
	Pardo	57	4	57	4	57	4	43	3	54	15
	Preto	14	1			14	1			7	2
	Amarelo										
	Indígena							14	1	4	1
Idade	20 a 30 anos	29	2					29	2	14	4
	30 a 40 anos	29	2			29	2	29	2	21	6
	40 a 50 anos	43	3	71	5	43	3	29	2	46	13
	50 a 60 anos			29	2	29	2	14	1	18	5
	Mais de 60 anos										
Pós-graduação	<i>Latu senso</i> na área	50	6	33	3	60	6	50	6	49	21
	<i>Latu senso</i> outros	50	6	67	6	20	2	50	6	47	20
	<i>Strictu senso</i>					20	2			5	2
Renda	De R\$5.000,00 a R\$ 6.000,00					14	1	14	1	8	2
	De R\$ 6.000,00 a R\$ 7.000,00			43	3	29	2			21	5
	De R\$ 8.000,00 a R\$ 9.000,00	100	7	43	3	29	2			50	12
	Mais de R\$ 9.000,00			14	1	29	2	29	2	21	5

Fonte: Base de Dados da pesquisa Práticas de Enfermagem no Contexto da APS¹².

As características observadas, acompanham o perfil nacional da categoria. No Brasil, dados revelam que as mulheres representam 85% do total de enfermeiros¹⁴ e que, no que tange à raça e etnia, 47,9% daqueles que atuam na APS do Brasil, se autodeclararam pardos¹², percentual próximo ao encontrado nessa pesquisa (54%; n=15). Ademais, a busca por um maior nível de qualificação, segue tendência de pesquisa divulgada em 2022¹² - Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde, que revelou um percentual de 73,3% de enfermeiros com pós-graduação *lato sensu* na modalidade de especialização, entre os 7.308

enfermeiros pesquisados e na pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil que identificou 72,8%¹⁵ enfermeiros com pós-graduação apenas com especialização, entre os 413.184 atuando em todos os níveis de atenção em saúde.

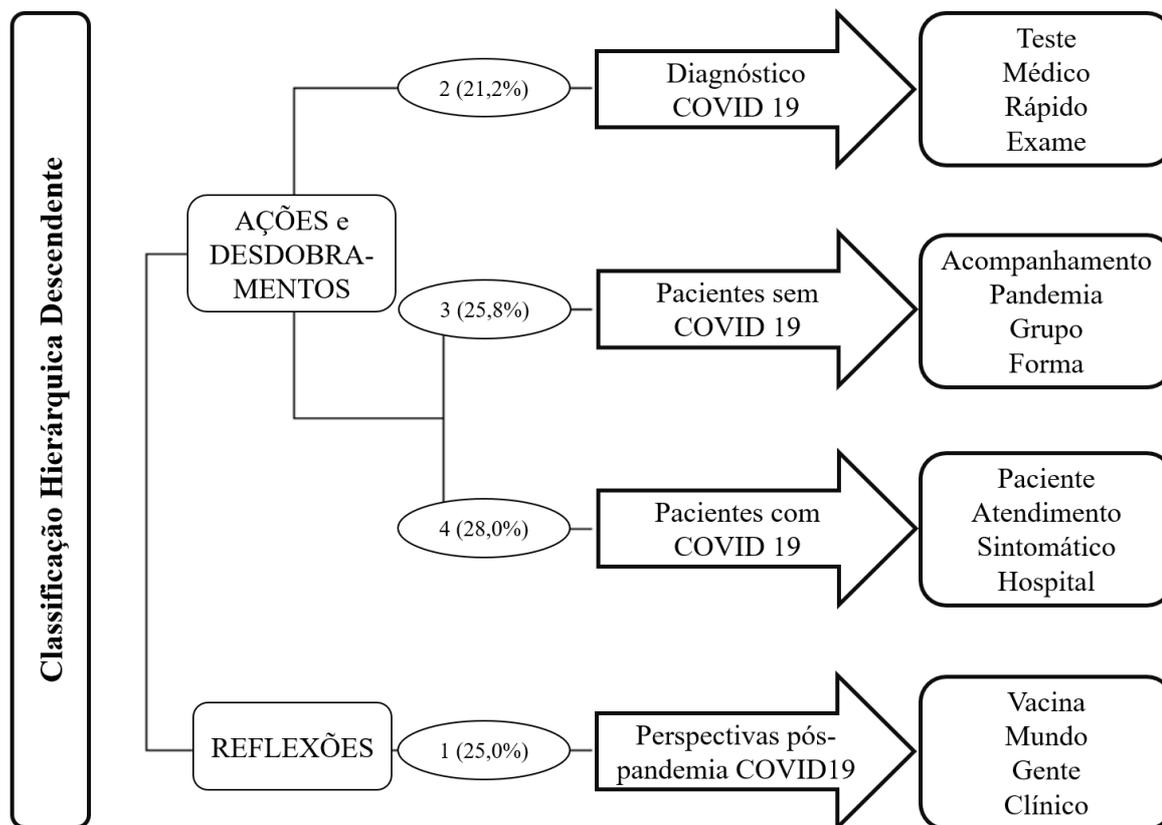
A realização de cursos de especialização pode ser uma característica presente em pessoas mais jovens¹⁶. A faixa etária preponderante dos participantes dessa pesquisa está de acordo com um rejuvenescimento da categoria, vislumbrada em 2017. A pesquisa nacional realizada pelo COFEN, nessa época, revelou que enfermeiros(as) entre 26 a 35 anos, representavam 45% do total desses profissionais, seguida pela faixa etária de 36 a 50 anos (34,6%)¹⁵. Tendência também encontrado em pesquisa mais recente onde a faixa etária mais comum foi de 36 a 40 anos, representando 24,3% do total¹².

A faixa salarial que mais se destacou nessa pesquisa, não acompanha dados nacionais. Valores inferiores a R\$ 5.000,00 (64,2%) de renda mensal, são preponderantes, no Brasil, entre os profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família. Contudo, considerando-se a região Centro-Oeste, há uma associação com renda mensal superior a R\$ 9.000,00 e profissionais residentes nessa região, principalmente no DF¹², como apresentado nos resultados.

A atuação de enfermeiros(as) da APS no contexto da pandemia da covid-19

Ao aplicar a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), foram identificados 179 ST, dos quais foram aproveitados 132 (73,74%), o que permite o uso dessa estratégia¹⁷. Os ST foram agrupados em 4 classes que foram nominadas conforme a análise que emergiu das falas dos participantes, como ilustrado na Figura 1. A classe 1 ficou isolada das demais e revela componentes reflexivos sobre a pandemia, considerando perspectivas passadas, presentes e futuras. As demais classes referem-se a ações necessárias a partir da pandemia e seus desdobramentos. Traduzem situações que se estabeleceram a partir de uma rotina diferente exigida pela pandemia para a detecção do vírus, acompanhamento de usuários da APS sem covid e atendimento aos indivíduos com covid-19. O detalhamento de cada uma das classes e seu conteúdo será discutido sequencialmente.

Figura 9 - Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual resultante de entrevistas com enfermeiros(as) do Centro-Oeste sobre sua atuação na APS no contexto da pandemia da covid-19



Fonte: Base de Dados da pesquisa Práticas de Enfermagem no Contexto da APS¹².

Classe 1 (Reflexões) – Perspectivas pós-pandemia covid-19

A Classe 1, isolada das demais, demonstra, uma reflexão sobre a pandemia, considerando o contexto anterior e durante e perspectivas futuras. As palavras mais frequentes revelam o ser humano (gente), em todo o mundo, como vítima de condições clínicas provocadas diretamente ou indiretamente pela covid-19. Observa-se a preocupação do profissional com sua própria sanidade e ansiedade e expectativa pela vacina e sua distribuição, como principal solução para o problema. Os participantes revelaram suas dúvidas e sentimentos de não valorização do esforço realizado somados ao medo, estresse e falta de conhecimento para o enfrentamento da doença. Demonstram uma perspectiva melancólica do momento vivido, com uma visão incerta do futuro, dependente da vacina e do seu uso adequado. Também preveem uma dificuldade em resgatar grupos de atendimento e atividades anteriores, pela interrupção do atendimento imposta. Apesar das incertezas, mais uma vez ficou registrada a mudança de práticas, como o hábito de higienização das mãos, sendo algo positivo e consolidado.

Durante a pandemia de covid-19 muitas rotinas e protocolos de atendimento que antes da pandemia eram realizados nas unidades de atendimento tiveram que ser interrompidos. A

adaptação foi uma tentativa para atender a grande demanda de pessoas que apresentavam os sintomas ou pela falta de profissionais que tiveram que se ausentar das suas funções por terem contraído a doença¹⁸. As atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem durante a pandemia, trouxe consigo uma série de desafios, incluindo jornadas de trabalho exaustivas, falta de definição de protocolos de assistência e escassez de equipamentos de proteção. As demandas e responsabilidades profissionais são apontadas como os principais fatores causadores e agravantes do estresse nessa categoria. As incertezas e mudanças impostas serviram, em muitos casos, como gatilho para ansiedade, estresse e depressão, como identificado por estudos realizados^{19,20}. Possivelmente, algumas das reflexões presentes nos discursos analisados, traduzem alguns desses sentimentos.

Outro aspecto que deve ser ressaltado é a expectativa positiva demonstrada pela maioria em relação à vacina. Apesar do estresse e sentimentos de que as coisas poderiam estar sendo diferentes, percebeu-se uma confiança de que a vacina contra o SARS-CoV-2 iria possibilitar o retorno a uma vida pregressa. O conhecimento sobre a ação das vacinas em geral pode ter sido primordial para o desenvolvimento dessa perspectiva. De acordo com Khalel *et al.*²¹, a segurança dos profissionais de saúde sobre os benefícios da vacina, engendrou a adesão às campanhas e está relacionada com esse conhecimento.

“[...] Olha, eu não sei. Eu não tô conseguindo saber como vai ser, porque a gente não sabe quando vai acabar. Mas um dia vai acabar, só não sei se a gente vai conseguir voltar com o que era [...]. Eu vejo o futuro como incerto. Sabe? Tem que chegar as vacinas e vacinar todo mundo e ver o que vai acontecer. Acredito que pelo menos os profissionais vão estar mais educados com a questão de lavar as mãos. Quantos anos a gente já trabalha isso, que o profissional de saúde tem que lavar a mão, então isso tá bem mais memorizado [...]”. (data de nascimento: 22/06/67).

“[...] Eu acho que a pandemia vai trazer muita coisa boa, por exemplo, algumas práticas de Enfermagem que precisam ser revistas, a gente consegue ver aí hoje com relação à imunização, com relação a algumas técnicas mesmo do serviço de Enfermagem. Mas a nossa preocupação hoje é que essa pandemia acabando a gente retome as atividades de rotina da Atenção Primária [...]”. (data de nascimento: 11/07/1968).

“[...] Olha, a gente tem uma falta de reconhecimento pelo serviço prestado muito grande; e a gente entrou num nível de stress muito grande, durante esta pandemia [...]. Acho que todo mundo que tá no trabalho na ponta, e sofreu com isso. Eu tive covid, fiquei bem, bem mal com a situação [...]”. (data de nascimento: 19/05/1978).

Classe 2 (Ações e desdobramentos) – Diagnóstico da covid-19

A classe 2 representa, junto com as classes 3 e 4, procedimentos adotados em função da pandemia e o papel de outros profissionais nesse sentido. Os ST presentes nessa classe evidenciam ações necessárias para o acolhimento dos pacientes e diagnóstico. Nesse sentido,

revela uma sobrecarga de atividades direcionadas para o enfermeiro, como os testes para detecção da covid-19, e também a falta do teste tão necessário no serviço. Discutem a necessidade de um gerenciamento da unidade em que atuam, sensível para a divisão mais equânime de atribuições entre as diferentes categorias profissionais.

A realização de testes de uma forma geral, foi uma orientação precoce da Organização Mundial de Saúde²² para impedir a propagação do vírus. A possibilidade de testagem rápida possibilitou que o procedimento ocorresse de forma quase instantânea na APS. Dessa forma, a disseminação do método foi crucial para popularizar a detecção do vírus e permitir uma maior segurança para os profissionais de saúde, assim como para a população em geral. A facilidade da sua utilização permitiu, inclusive a comercialização entre pessoas leigas e uso doméstico²³. Portanto, outros profissionais de saúde podem compartilhar facilmente essa tarefa com o enfermeiro.

Em uma outra perspectiva, as falas exprimem parcerias harmoniosas e necessárias de equipes multiprofissionais, como parte relevante para uma convivência tranquila e eficiência no serviço. Destacam o papel do médico, como dificultador ou facilitador, dependendo da existência de uma boa relação. Consolidam esse pensamento em função da necessidade de convergência de condutas em uma situação tão grave e que incita a contribuição de todos para ser superada.

Os aspectos mencionados refletem situações que dependem de uma gestão competente. Apesar de não se referir ao contexto das APS, a experiência exitosa publicada por Ong *et al.*²⁴ no atendimento à pacientes infectados por covid-19, revela algumas ações importantes para o funcionamento de locais direcionados para este fim. Uma delas é justamente uma ação continuada de coordenação, tanto no sentido vertical do organograma, como do horizontal. Para tanto, uma comunicação eficiente, sem barreiras, é essencial. Permite, durante situações dessa magnitude, a disseminação de informações relevantes que facilitam mudanças imediatas de fluxos de trabalho quando necessário. Em uma realidade com reduzido contingente de profissionais e aumento da demanda, processos operacionais efiazes só poderão ser alcançados mediante uma relação harmoniosa entre os envolvidos.

“[...] o relacionamento com o profissional, o outro profissional colega médico era tão leve que a gente tinha essas somas que as vezes assim, [...], parece que o que você não conseguia, você já pedia pra ele e ele ajudava. Então você acabava meio que mascarando aquela limitação [...]”. (data de nascimento: 09/12/1989).

“[...] Eu acho que assim, a pandemia trouxe bastante aprendizado pra gente na questão de organização. Eu acho que algumas pessoas da equipe que não sentiam que precisava de trabalho em equipe, assim sabiam que precisavam mas não aplicavam, seguiram precisando do trabalho em equipe. Então, muitas vezes se dispuseram a trabalhar em equipe. Então eu acho que vai fazer bastante diferença

depois é o trabalho em equipe fique mais fortalecido [...]”. (data de nascimento 03/01/91).

“[...] Eu acho que isso foi pior dessa pandemia muitas informações desencontradas, cada profissional falando uma linguagem diferente, [...] enquanto uns falavam uma coisa outro falava outra ...um exemplo o teste de rápido [...]”. (data de nascimento: 15/01/1976).

“[...] Outro caso, é quando não temos testes disponíveis. Os pacientes chegam perguntando se tem teste e se tem médico para realizar a consulta médica [...]”. (data de nascimento: 14/09/1984).

Classe 3 (Ações e desdobramentos) – Pacientes sem covid-19

Os ST presentes nessa classe se referem principalmente aos atendimentos de pacientes sem covid-19, antes, durante e após o início da pandemia. Expressam, por vezes, uma nostalgia em relação aos atendimentos presenciais que eram realizados e dos prejuízos gerados para a população usuária pela sua interrupção. Em outras falas, trazem a expectativa de retorno dessas atividades, mas com um novo olhar para os serviços prestados, considerando uma abordagem mais integral e abrangente do indivíduo e do próprio serviço prestado. Ademais, demonstra a consciência de que a covid-19 não será extinta. Portanto, exigirá cuidados que se perpetuarão em ambientes destinados ao convívio e outras sequelas, como prejuízos à saúde mental.

Estudo que avaliou a continuidade da atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) pelos serviços de saúde dos municípios do estado de São Paulo durante a primeira fase da pandemia de covid-19, identificou que houve uma tentativa de manutenção de serviços para esse público. Contudo, apesar de 89,6% dos municípios terem estabelecido alguns serviços que deveriam permanecer acontecendo, 95,7% falharam na continuidade. O diagnóstico/tratamento das DCNT foi interrompido parcialmente em 42,1% dos casos e totalmente em 1%. Os autores concluem que a falta de acesso aos serviços pode ocasionar distúrbios agudos e crônicos que poderiam ser evitados e colocam a estratégia da telessaúde como uma alternativa²⁵. No entanto, não foi mencionado por nenhum dos entrevistados essa possibilidade, o que pode denotar uma falta de estrutura para esse tipo de ação.

“[...] Vai ser um recomeço, porque o nosso trabalho da Atenção Básica se perdeu muito [...], deixamos de fazer praticamente 60% do nosso trabalho, então vai ser um recomeço. A gente tinha um trabalho muito organizado. [...] A gente estava planejando muitas coisas, shantala para os bebês e rodas de conversas para os idosos. Estávamos chegando em um outro nível, mas agora temos que recomeçar. O nosso trabalho de Atenção Básica se perdeu na pandemia, infelizmente [...]”. (data de nascimento 14/12/1972).

“[...] acho que depois da pandemia a gente vai ter uma visão diferenciada da importância desses serviços perante a comunidade [...]”. (data de nascimento: 19/05/1978).

“[...] pacientes que estão voltando muito estressados, paciente está adoecendo de outra forma. Ontem mesmo eu estava conversando que pacientes que eram super tranquilos, hoje retorna dependente de medicação, pacientes psiquiátricos que já estão no ápice da tolerância, então eu acho que muita coisa vai mudar realmente [...]”. (data de nascimento: 11/07/1968).

“[...] A limitação é por conta da diminuição do fluxo [...], nós tínhamos o grupo de gestantes antes, ajudava bastante no vínculo com elas, agora essa vinculação tem que ser mais limitada [...]. E a puericultura também, acho que foi uma das maiores perdas [...], principalmente da minha equipe [...], tinha um vínculo com essas mães que já são mães de novo, já vi duas, três gestações, de trazerem a criança para o acompanhamento do enfermeiro e hoje com a pandemia a gente perdeu isso, agora fica difícil da gente voltar [...]”. (data de nascimento: 04/08/1991).

Classe 4 (Ações e desdobramentos) – Pacientes com covid-19

A classe 4 enfatiza as ações e desdobramentos vivenciados a partir do atendimento à pacientes sintomáticos da covid-19 e o encaminhamento para os hospitais. Enfatiza a mudança do atendimento dentro da APS que reflete o seu papel tão primordial durante a pandemia. Desde os primeiros casos detectados da doença no Brasil, sabia-se da comunicação necessária entre a APS e os hospitais. Como porta de entrada do indivíduo no Sistema Único de Saúde (SUS), a APS deve servir de acolhimento e direcionamento para todos os cidadãos, sendo o alicerce para todo o sistema²⁶.

Contudo, as falas revelam a falta de preparo para atender essa finalidade e para a adoção de novos fluxos para o atendimento desses pacientes e procedimentos para evitar a disseminação da doença. As dificuldades também foram em relação ao encaminhamento do paciente identificado como grave, para seguimento do fluxo determinado para o atendimento terciário. Enfim, traduzem a prioridade dada para o atendimento de pacientes com covid-19 que mudou completamente a rotina da APS, que, em alguns casos, não tinha condições de comportar todas essas exigências.

Essas fragilidades foram previstas no início da pandemia, mas não impediram aparentemente que ocorressem, em alguns casos. Em outros, percebe-se que apesar dos esforços, a dimensão do problema foi além da antevista. Segundo Daumas *et al.*²⁷, a atuação dos sistemas de saúde estava limitada não somente a quantidade de leitos hospitalares e de Unidades de Terapia Intensiva. Era urgente estabelecer fluxos na rede de atendimento, com funções reorganizadas para cada unidade e nível de atenção. Era primordial a criação de novas portas de entrada, utilizando-se de plataformas virtuais, que não exigissem a presencialidade. Além disso, proteger os profissionais de saúde contra o contágio e disseminação do SARS-CoV-2 nas unidades de saúde deveria ser prioridade, por meio de protocolos validados.

“[...] A gente tem um quadro muito reduzido, as pessoas estão adoecendo, o profissional adoece também, às vezes quem está na linha de frente hoje, amanhã pode não estar [...]. A questão do suporte, da gestão, com recursos materiais e tudo, eles têm se esforçado bastante pra não deixar faltar. Desde EPIs até os testes, até o imunobiológico [...]. Mas, o desafio nosso é conseguir manter uma escala [...], o maior desafio nosso hoje é conseguir manter o grupo de profissionais na linha de frente [...]”. (data de nascimento: 11/07/1968).

profissionais que atuam nesse cenário em parceria com os enfermeiros, com ênfase para médico.

CONCLUSÃO

A crise desencadeada pela covid-19 ressaltou ainda mais a importância dos profissionais de saúde e revelou o protagonismo de um contingente de trabalhadores muitas vezes invisíveis. Após a pandemia, ficou evidente o valor do trabalho da enfermagem, amplamente divulgado pela mídia em relação à humanização e ao sofrimento desses profissionais no ambiente de trabalho. A dedicação dessa profissão em cuidar do próximo, o trabalho em equipe com outras áreas e a sociedade passaram a ter um olhar diferenciado para essa classe profissional. Ficou claro que a enfermagem desempenha um papel fundamental nas unidades de saúde, o que foi amplamente exposto durante o enfrentamento da pandemia. O Estudo demonstrou o quanto esses trabalhadores lutaram pela sociedade em tempos difíceis, mesmo enfrentando doenças e deixando suas famílias em casa, cumprindo com excelência suas responsabilidades nos locais de trabalho.

REFERÊNCIAS

¹ TRT – Rádio e Televisão da Turquia. Coronavírus última situação (Covid-19). 2023. Disponível em: <https://www.trt.net.tr/portuguese/covid19>. Acesso em 30 de jul. 2023.

² Brasil. Ministério da Saúde. Brasil chega à marca de 700 mil mortes por Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marca-de-700-mil-mortes-por-covid-19>. Acesso em: 31/05/2023.

³ OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. Lições da pandemia de COVID-19 devem ser aproveitadas para enfrentar mudanças climáticas, afirma OPAS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/27-10-2021-liceos-da-pandemia-covid-19-devem-ser-aproveitadas-para-enfrentar-mudancas>. Acesso em: junh de 2022.

⁴ Duarte, Maria de Lourdes Custódio; Silva, Daniela Giotti da; Bagatini, Mariana Mattia Correa. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, 2020.

⁵ Campos, Larissa Fonseca *et al.* Implicações da atuação da enfermagem no enfrentamento da COVID-19: exaustão emocional e estratégias utilizadas. *Escola Anna Nery*, v. 27, 2023.

⁶ Cofen. Observatório da Enfermagem. Atualizado em 31/05/2023. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 20 de jun. 2023.

⁷ Medina, M. G.; *et al.* Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 14 de jan. 2023.

⁸ Fiocruz (Brasil) *et al.* Covid-19: a saúde dos que estão na linha de frente. In: Tavares, Viviane. *Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro - RJ - Brasil.: Portal. Fiocruz, 13 abr. 2020.

⁹ Distrito Federal. Decreto n. 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2018. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/92544ffe2f874e1288cde5c6d195214e/Decreto_38982_10_04_2018.html. Acesso em: 26 de jun. 2023.

¹⁰ Distrito Federal. Lei n. 6.359, de 14 de agosto de 2019. Cria a Região Administrativa do Sol Nascente/Pôr do Sol – RA XXXII e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2019a. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/22b8194e32514c60b7bf2680adfb7d0/Lei_6359_14_08_2019.html. Aces 26 de jun. 2023.

¹¹ Distrito Federal. Lei n. 6.391, de 30 de setembro de 2019. Cria a Região Administrativa de Arniqueira – RA XXXIII e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2019b. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/cd7a6db8e4234e9799a3a232ecc26b00/Lei_6391_30_09_2019.html. Acesso em: 26 de jun. 2023.

¹² Sousa, M. F. *Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (Relatório final)*. Maria Fátima de Sousa (coord.). Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro

de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Editora ECoS, Brasília, 2022. 536 p.

¹³ Bardin L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto. Lisboa: Edições 70, 2016.

¹⁴ Coren. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Cofen: É necessário olhar para quem mais precisa. 2021. Disponível em: http://www.coren-rj.org.br/cofen-e-necessario-olhar-para-quem-mais-precisa_23284.html#:~:text=A%20Enfermagem%20possui%202.540.715,correspondem%20a%2085%25%20da%20categoria. Acesso em 21 de jul. 2023.

¹⁵ Brasil. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - FIOCRUZ/COFEN, Rio de Janeiro, 28 volumes. Produzido em 2016, publicado em 2017. Volume I – Brasil, 2017.

¹⁶ Machado, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco*, 6 (1/4): 11-17, 2015.

¹⁷ Camargo, B. V.; Justo, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol.* [online]. vol. 21, n. 2, pp. 513-518, 2013.

¹⁸ Almeida, P. SUS: número de profissionais de saúde cresce mais de 20% na pandemia, segundo dados da Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/sus-numero-de-profissionais-de-saude-cresce-mais-de-20-na-pandemia-segundo-dados-da-saude/#:~:text=De%202.376.847%20especialistas%20em,disponibilizados%20pelo%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde>. Acesso em 21 de jul. 2023.

¹⁹ Ayşe Nur Yılmaz, Yeşim Aksoy Derya, Sümeyye Altıparmak, Emel Güçlü Cihan, Hatice Gül Öztaş. Investigating the relationship between the depression levels of midwives and nurses and their emotional labor and secondary traumatic stress levels in the COVID-19 pandemic period with structural equation modelling. *Archives of Psychiatric Nursing*, V. 40, p. 60-67, 2022.

²⁰ Ying An, Yuan Yang, Aiping Wang, Yue Li, Qinge Zhang, Teris Cheung, Gabor S. Ungvari, Ming-Zhao Qin, Feng-Rong An, Yu-Tao Xiang. Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, v. 276, p. 312-315, 2020.

²¹ Shahad M. Khaleel, Sadeel A. Shanshal, Mohammed I. Aladul. Adverse reactions of different COVID-19 vaccines among healthcare professionals: A qualitative study in Mosul, Iraq. *Clinical Epidemiology and Global Health*, v. 18, p. 101175, 2022.

²² OMS. Clinical management of COVID-19: Living guideline, 23 June 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (WHO/2019-nCoV/Clinical/2022.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

²³ Wee, L.; Sim, X.; Conceicao, E.; Aung, M.; Goh, J.; Yeo, D.; Venkatachalam, I. Containment of COVID-19 cases among healthcare workers: The role of surveillance, early detection, and outbreak management. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(7), 765-771, 2020.

²⁴ Ong, A.C.W.; Wee, C.L.; Lee, W.L.; Goh, L.G.; Lim, G.H. Experience from a Multi-Disciplinary Team Against COVID-19: A Healthcare Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 18(4):1678, Feb. 2021.

²⁵ Duarte, Luciane Simões *et al.* Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. *Saúde em Debate* [online]. v. 45, n. spe2, pp. 68-81, 2022.

²⁶ Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. V. 15, n. 42, p. 2455, 2020.

²⁷ Daumas, Regina Paiva *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020.