Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

renasf
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LÍBIA LOPES MARTINIANO

ESTRATÉGIAS PARTICIPATIVAS E INTEGRADAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO MUNICÍPIO DE ITAITINGA

EUSÉBIO – CEARÁ
2022

LÍBIA LOPES MARTINIANO

ESTRATÉGIAS PARTICIPATIVAS E INTEGRADAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO MUNICÍPIO DE ITAITINGA

Projeto de Dissertação apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora FIOCRUZ-CE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof.º Dr.º Fernando Ferreira Carneiro

EUSÉBIO – CEARÁ

2022

M386e Martiniano, Líbia Lopes.
Estratégias Participativas e Integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no Enfrentamento a Covid-19 no Município de Itaitinga / Líbia Lopes Martiniano. -- 2023.
71 f. : il.color, fotos, mapas.

Orientador: Fernando Ferreira Carneiro.
Dissertação (Mestrado Profissional em Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde (RENASF)) - Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz Ceará, Eusébio, 2023.
Bibliografia: f. 64-69.

1. Covid-19. 2. Atenção Primária. 3. Vigilância em Saúde. 4. Participação em saúde. I. Título.

CDD 614.44

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Camila Victor Vitorino Holanda - CRB-1126
Biblioteca Fiocruz Ceará

LÍBIA LOPES MARTINIANO

ESTRATÉGIAS PARTICIPATIVAS E INTEGRADAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A COVID 19 NO MUNICÍPIO DE ITAITINGA

Projeto de Dissertação apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora FIOCRUZ-CE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.º Dr.º Fernando Ferreira Carneiro (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz

_____

Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Universidade Federal do Ceará

_____

Prof.ª Dr.ª Ana Cláudia de Araújo Teixeira
Fundação Oswaldo Cruz

RESUMO

O estudo objetivou elaborar estratégias participativas e integradas entre a atenção primária em saúde (APS) e vigilância da saúde, direcionadas ao controle da epidemia de Covid-19 no município de Itaitinga, Ceará, Brasil, especialmente no que tange a identificação precoce, reabilitação e aprimoração de protocolos, a fim de mitigar os efeitos da doença, com base em estratégias adaptadas as demandas do território, a partir de um estudo de pesquisa-ação, com a realização de oficinas junto a profissionais integrantes da APS, da comunidade e educação. Os encontros com os profissionais possibilitaram discussões aprofundadas acerca da Covid-19 e os impactos desta no município, mediante análise da situação em saúde, e eleição de pontos fortes e deficientes, destacando percepções como ansiedade, medo e superação. A partir disso, foram traçadas as formas de cuidado e acompanhamento de pacientes com Covid-19 na APS, bem como as dificuldades vivenciadas nesta, frente a crise sanitária, a fim de elencar medidas resolutivas, exibindo resultados positivos quanto a interação e construção compartilhada do conhecimento, através de estratégias como dramatização, roda de conversa, mapas falantes e podcast. A análise do conteúdo das oficinas, por sua vez, destacou duas categorias de sentido, relacionadas a estratégias de enfrentamento e controle da Covid-19 na atenção primária, evidenciados pela ressignificação do trabalho, reorganização das rotinas e demandas e sensibilização da população, junto aos entraves imbricados no processo de controle e enfrentamento da Covid-19 na atenção primária, evidenciados pelas fragilidades do Sistema Único de saúde e gravidade da doença.

Palavras-chave: Covid-19; Atenção primária; Vigilância em saúde; Participação em saúde.

ABSTRACT

The study aimed to develop participatory and integrated strategies between primary health care (PHC) and health surveillance, aimed at controlling the Covid-19 epidemic in the municipality of Itaitinga, Ceará, Brazil, especially with regard to early identification, rehabilitation and improvement of protocols in order to mitigate the effects of the disease, based on strategies adapted to the demands of the territory, based on an action research study, with workshops held with PHC professionals. The meetings with professionals allowed for in-depth discussions about Covid-19 and its impacts on the municipality, by analyzing the health situation, and choosing strengths and weaknesses, highlighting perceptions such as anxiety, fear and overcoming. From this, the forms of care and monitoring of patients with Covid-19 in PHC were outlined, as well as the difficulties experienced in this, in the face of the health crisis, in order to list resolute measures, showing positive results regarding the interaction and shared construction of the knowledge, through strategies such as dramatization, conversation circle, talking maps and podcast. The analysis of the content of the workshops, in turn, highlighted two categories of meaning, related to coping strategies and control of Covid-19 in primary care, evidenced by the resignification of work, reorganization of routines and demands and awareness of the population, together with the obstacles imbricated in the process of controlling and coping with Covid-19 in primary care, evidenced by the weaknesses of the Unified Health System and the severity of the disease.

Keywords: Covid-19; Primary attention; Health surveillance; Participation in health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO……..... 6
2 REVISÃO DE LITERATURA……..... 12
2.1 Covid-19……..... 12
2.2 Vigilância em Saúde……..... 15
2.3 Atenção Primária em Saúde……..... 17
2.4 Participação em saúde……..... 20
3 OBJETIVOS……..... 24
3.1 Objetivo Geral……..... 24
3.2 Objetivos Específicos……..... 24
4 METODOLOGIA ……..... 25
4.1 Tipo de estudo……..... 25
4.2 Local do estudo……..... 26
4.3 Participantes do estudo e coleta de dados……..... 27
4.4 Análise dos dados……..... 28
4.5 Aspectos Éticos……..... 29
4.5.1 Riscos e Benefícios……..... 30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO……..... 31
5.1 Descrição das oficinas……..... 31
5.1.1 1ª Oficina: compreensão da Covid e seus impactos ao cenário internacional, nacional e local…… 31
5.1.2 2ª Oficina: estudo da vigilância em saúde no contexto da Covid-19..... 34
5.1.3 3º Oficina: atuação da atenção primária a saúde na assistência e acompanhamento dos casos…….. 39
5.1.4 4ª Oficina: pensando formas de comunicação em saúde eficazes com a comunidade……... 47
5.1.5 5ª oficina: análise dos dados……... 50
5.2 Análise lexicográfica e multivariada……..... 52
5.3 Plano de Ação..... 60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS……..... 62
REFERÊNCIAS……..... 64

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ……..... 70

1 INTRODUÇÃO

Considerada como um dos maiores desafios do século para a saúde pública mundial, a COVID-19 gerou grandes esforços para os cientistas na busca de alternativas para contenção e tratamento dos casos, tendo em vista que pouco se sabia acerca do vírus, suas formas de propagação e ações no corpo humano. Representou um grande desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisaram ser reorganizados, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento (MEDINA *et al,* 2020).

A situação epidemiológica extremamente grave que se estabeleceu com a pandemia da COVID-19 em função da elevada transmissibilidade do seu agente etiológico, o SARS-CoV-2, e da gravidade de parcela dos casos exigiu muito da atenção à saúde de alta complexidade. Assim, as autoridades sanitárias voltaram-se para a ampliação da rede hospitalar, inclusive das unidades de terapia intensiva (UTI), o que de fato se fazia necessário; porém, deixou-se de lado a vigilância universal voltada à detecção de novos casos e, principalmente, a intensificação das ações de controle visando à redução da transmissão viral (TEIXEIRA *et al*, 2018-a).

A doença evolui em poucos meses e se expandiu para um grande número de países. Com isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em março de 2020, declarou estado de pandemia confirmando-se mais de 8985016 casos e mais de 468881 mil mortes em decorrência da infecção pelo SARS-CoV-2 até o dia 22 de junho de 2020 (OPAS, 2020).

Em 26 de fevereiro de 2020 foi confirmado o primeiro caso no Brasil, relativo a um brasileiro proveniente de uma viagem à Europa. No mês seguinte vários casos foram confirmados em diferentes regiões do país (TURCI *et al*, 2020). A doença de propagação rápida fez com que em menos de um mês após confirmação do primeiro caso, já houvesse transmissão comunitária em algumas cidades. Em 17 de março de 2020, ocorreu o primeiro óbito por COVID-19 no país. Era um homem idoso residente em São Paulo/SP, que apresentava diabetes e hipertensão, sem histórico de viagem ao exterior. Em 20 de março de

2020, foi reconhecida a transmissão comunitária da COVID-19 em todo o território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020-b).

O Brasil representa 2,7% da população mundial, sendo responsável por 13,3% dos casos de covid-19 e 26,9% dos óbitos até março de 2021 (THE GLOBAL CHANGE, 2021). O maior sistema público de saúde entre os países em desenvolvimento não estava conseguindo dar conta da tragédia que se abateu sobre o país. No mês de janeiro de 2021, alguns estados já registravam um número de casos maior em um único dia que o pior momento da primeira onda da covid-19 em 2020 (BRASIL, 2021).

Até 31 de março de 2021, o Nordeste contabilizou 2.922.126 casos de COVID-19 e 69.009 óbitos confirmados, representando 22,9% dos casos e 21,5% dos óbitos do país e apresentando, ao longo desse período, expressiva variabilidade no tempo e no espaço (KERR *et al*, 2021). No Ceará segundo dados do IntegraSUS, até junho de 2021 foram 881.193 casos confirmados da doença e 22.454 óbitos. Em Itaitinga, município objeto de estudo desta pesquisa que faz parte da região metropolitana de Fortaleza no Ceará, até o referido mês foram registrados 4.470 casos de COVID-19 e 64 óbitos.

No ano de 2020 poucas medidas foram tomadas no município de Itaitinga. Já em 2021, diante da segunda onda em março foi publicado o Decreto 030/2021 que estabeleceu isolamento social rígido e medidas para evitar a disseminação da COVID-19 no município. Entre essas medidas podemos citar a proibição da venda de bebidas alcoólicas no município durante o período que o decreto estiver vigente, proibição da prática de atividades físicas individuais ou coletivas em espaços públicos e restrições de horários para o funcionamento dos comércios, bares, restaurantes, igrejas e academias (ITAITINGA, 2021).

Apesar das medidas restritivas do Decreto ainda se fazia necessário ações de Vigilância em Saúde articuladas à reorganização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) para enfrentar a pandemia e ao mesmo tempo ofertar suas ações de rotina. As Unidades Básicas se sobrecarregaram com demandas de síndromes gripais, teste de SWAB, vacinação contra a COVID-19, além de ter que atender demandas de doenças crônicas que necessitavam de acompanhamento contínuo.

A Prefeitura recebeu 180 doses (18 frascos) da vacina Covishield, do laboratório da Fiocruz, e no dia 28 de janeiro de 2021, iniciou a vacinação contra

o coronavírus em idosos a partir de 75 anos. Esta foi realizada de forma domiciliar e no primeiro momento foram priorizados os idosos com mais de 75 anos acamados e os idosos com mais de 80 anos. As equipes das Unidades Básicas de Saúde entraram em contato, por meio dos agentes comunitários de saúde, para informar sobre o cronograma de vacinação. Em junho de 2021 o município já contava com 11.009 doses aplicadas (ITAITINGA,2021). Atualmente, a Secretaria de Saúde também está divulgando as listas de vacinação por meio de suas redes sociais.

Diante desse contexto que representou um desafio global extremamente complexo, a importância do SUS no Brasil torna-se ainda mais evidente. A elevada transmissibilidade da doença, inclusive a partir de casos leves ou assintomáticos, aliada à capacidade de causar quadros graves e óbitos, fazia com que atingisse não somente indivíduos, mas também famílias, comunidades e países. Seu enfrentamento requereu responsabilidade individual, solidariedade coletiva, além de medidas articuladas e baseadas nas melhores evidências disponíveis no nível governamental, bem como cooperação no âmbito internacional (GARCIA, 2020).

Tornou-se necessário a adoção de medidas que contribuíram para achatar a curva epidêmica da COVID-19, impedindo um crescimento abrupto do número de casos e diminuindo o pico de demanda por serviços de saúde. Dessa maneira, evitava-se a sobrecarga do sistema de saúde e seu colapso, configurado no aumento da letalidade por falta de leitos e cuidados intensivos. Face às características da doença, equacionar a incidência da COVID-19 com a oferta de assistência de média e de alta complexidade tornou-se fundamental para evitar óbitos entre os casos graves (GARCIA E DUARTE, 2020).

Para a contenção de qualquer epidemia a instituição de estratégias especiais de vigilância é um dos mecanismos cruciais, objetivando detectar o maior número possível de casos e contatos, para posterior adoção de ações que reduzam o risco de disseminação da doença. A ampla rede de atenção primária à saúde (APS) do Brasil vem contribuindo para alcançar importantes resultados na melhoria das condições de saúde da população, e pode se constituir em um dos sustentáculos das ações necessárias à contenção do problema (TEIXEIRA *et al*, 2020).

A vigilância em saúde é importante componente da Rede de atenção à saúde (RAS) para diagnosticar situações de saúde, com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população, em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças e estado de saúde. Entretanto, a organização do sistema de serviços de saúde em redes integradas ainda ocorre de forma incipiente, com fragmentação entre as ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas (VIANA *et al*, 2018).

O papel da vigilância em saúde destaca-se como uma ação transversal à RAS no processo de monitoramento contínuo e sistemático das notificações e investigação dos casos suspeitos e confirmados para COVID-19 e demais agravos (JESUS *et al*, 2018). Um dos mecanismos cruciais para contenção de qualquer epidemia é a instituição de estratégias especiais de vigilância com o objetivo de detectar o maior número possível de casos e contatos e posterior adoção de ações que reduzam o risco de disseminação da doença (TEIXEIRA *et al*, 2020).

Em sua rotina de trabalho, as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvem algumas ações de Vigilância Epidemiológicas (VE). Todavia é incipiente a integração das equipes de APS às equipes de VE, no que se refere às investigações epidemiológicas de campo em seus territórios de atenção, identificação e controle de contatos. Um dos grandes desafios do SUS, reconhecidamente, é o de fortalecer a articulação da APS com a VE em todas as suas esferas (TEIXEIRA *et al*, 2020).

A reorganização dos serviços de APS para, simultaneamente, enfrentar a epidemia e manter a oferta regular de suas ações é imperativa, e seu necessário protagonismo e readequação foram destacados em documentos e relatórios produzidos no país. Mesmo reconhecendo as diversas fragilidades de atuação das equipes, ressalta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social pois, mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (MEDINA *et al*, 2020).

Nesse contexto os objetivos prioritários da APS são evitar a transmissão do vírus; orientar quanto aos cuidados de higiene pessoal; avaliar as pessoas

sintomáticas, com o fechamento do diagnóstico e início do tratamento; fornecer subsídio para execução das ações de controle da doença. Assim, torna-se fundamentais a racionalização dos recursos e a estruturação de fluxos de atenção, que direcionem o acompanhamento dos casos com responsabilidade territorial e priorização do cuidado e do acompanhamento contínuo (NETO *et al*, 2020).

Visando a bloquear e reduzir o risco de expansão, a APS deve estar envolvida no gerenciamento de risco da epidemia, atuando de forma articulada com a vigilância em saúde dos municípios, estabelecendo fluxos de informação, em uma via de mão dupla, para aprimorar a qualidade das ações. A notificação, detecção e acompanhamento dos casos, com isolamento domiciliar dos casos e quarentena dos contatos são atividades centrais de mitigação da epidemia, a serem desenvolvidas pelas equipes de APS (MEDINA *et al*, 2020).

A participação da comunidade nesse enfrentamento tornou-se de suma importância, uma vez que a população participa de forma efetiva no trabalho da APS. Como garantiu nossa Constituição Federal de 1988 que inovou ao assegurar a participação social na gestão na gestão das políticas sociais, onde a saúde se destaca não apenas pela institucionalização dos espaços participativos como também pela sua ampliação em todo território nacional (COSTA E VIEIRA, 2013).

A conscientização da população sobre seu papel de respeitar o isolamento social, as medidas preventivas como uso de máscara e álcool em gel na higienização das mãos, além do seu papel corresponsabilização no cuidado em saúde, principalmente na Atenção primária que é a porta de entrada para o sistema de saúde (CATANANTE, *et al* 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2012) é tido como dever da APS organizar-se para universalmente acolher, escutar e oferecer resposta ativa aos problemas de saúde da população, desta reduzindo os sofrimentos e danos, e responsabilizar-se pela resposta oferecida, seja dentro ou fora da própria APS.

A busca de casos pela APS, a organização da própria comunidade e o isolamento de pessoas sintomáticas têm um papel crucial na interrupção ou diminuição da cadeia de transmissão do SARS-CoV-2. Assim, a identificação precoce, principalmente em comunidades vulneráveis, pode influenciar na velocidade de transmissão. E é exatamente sobre essa problemática relativa às

formas de enfrentamento e controle da Covid 19 na APS associadas a estratégias de Vigilância em Saúde no município de Itaitinga que essa pesquisa se propõe, através de uma pesquisa-ação realizada em uma Unidade de Saúde de Itaitinga, a qual resultará em medidas de controle e combate a Pandemia no município.

Mediante a problemática exposta podemos refletir sobre esses dois questionamentos: Como a APS poderá enfrentar os desafios originados pelo novo Coronavírus através de estratégias de vigilância em saúde na atenção primária no município de Itaitinga?

Diante daquele contexto em que estávamos vivendo, uma doença nova e que pouco se sabia sobre sua fisiologia e sequelas. Na tentativa de controle ao vírus, usar a APS associada a Vigilância em saúde pareceu boa estratégia tendo em vista seus históricos no controle e combate a outras epidemias. Apesar de não se encontrar na literatura sobre a temática no município em estudo, observou-se outros estudos de cidades do Ceará e do Brasil compatíveis com a realidade de Itaitinga os quais contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

Como profissional de saúde e servidora efetiva do Município, esse tema representava um desafio a ser superado por ser uma doença nova e que demandava muita pesquisa e estudo. Em março de 2021 os dentistas foram solicitados como apoio à linha de frente através da coleta de Swab. A partir disso, surgiu o pensamento de como poderia contribuir mais para o enfrentamento da Covid no município em que atuo, quais estratégias poderíamos utilizar diante dessa ferramenta tão poderosa que temos no SUS chamada Atenção primária. Os resultados dessa pesquisa poderão contribuir fortemente para esse propósito.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Covid-19

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos (OMS, 2020-a).

Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Os coronavírus estão por toda parte. Eles são a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum (OMS, 2020-b).

A Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus foi relatado em 31/12/19 com casos registrados na China, sendo o SARS-CoV2 o sétimo coronavírus desta família. A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, mas apenas quatro deles causam sintomas comuns de resfriado: o alpha coronavírus 229E e NL63 e beta coronavírus OC43, HKU1 (V). Ainda existem outros dois mais graves, com alta taxa de letalidade (BRASIL, 2020-a).

O SARS-CoV2 está intimamente relacionado aos betacoronavírus de origem do morcego, indicando que esses animais são os prováveis hospedeiros de reservatório desse patógeno viral emergente, além disso a associação entre o surto de pneumonia a exposições no mercado atacadista de frutos do mar de Wuhan sugere uma possível zoonose (LU *et al*, 2019). São conhecidas seis espécies de coronavírus que causam doenças humanas, o SARS-CoV2 é o sétimo coronavírus que causa a doença COVID-19 (PIMENTEL *et al*, 2020).

Os primeiros casos (66%) foram expostos ao mercado atacadista de frutos do mar de Wuhan, mas houve um aumento no número de casos não vinculados a partir do final de dezembro (HUANG *et al*, 2019). Parece ser a disseminação da doença COVID-19 por parte dos indivíduos assintomáticos o grande desafio para o controle dessa pandemia. As evidências da presença deste vírus em pessoas assintomáticas têm despertado dúvidas sobre o início

desta doença e também dos números reais dos casos existentes (CARLOS *et al*, 2020).

A probabilidade de riscos relacionados à viagem de propagação de doenças foi sugerida e indicou os potenciais de propagação regional e global. Inúmeros países confirmaram casos associados a viagens, no entanto, além de uma rota turística e econômica, podemos destacar inicialmente um mapeamento de casos em países desenvolvidos e que apresentavam climas mais frios (BRASIL, 2020-b).

Os sintomas mais frequentes associados à infeção pelo COVID-19 são: febre, tosse e dificuldade respiratória. Também pode surgir dor de garganta, corrimento nasal, dores de cabeça e/ou musculares e cansaço. Em casos mais graves, pode levar a pneumonia grave com insuficiência respiratória aguda, falência renal e de outros órgãos, e eventual morte. Como medidas de contenção de transmissibilidade do vírus, realiza-se a busca ativa de sintomas sugestivos de insuficiência respiratória durante ou após viagens, em especial aquelas aéreas, estimulando os viajantes a procurar atendimento médico e compartilhar seu histórico de viagem (PIMENTEL *et al*, 2020).

A pandemia do COVID-19 já trouxe consequências avassaladoras para a humanidade. Além do número de pessoas mortas pela doença, os impactos econômicos e sociais ainda são incalculáveis. A velocidade de propagação do vírus, a existência ao longo da fonte de infecção e a dificuldade de bloqueio completo da transmissão em um grande contingente populacional suscetível torna razoável pensar na presença da doença por um longo período (PEDROSA E ALBUQUERQUE, 2020).

O conceito de saúde vem sendo transformado a partir dos momentos histórico vivenciado, refletindo no aparecimento de novas formulações sobre o pensar e fazer sanitário e novas propostas de mudanças nos modelos assistenciais em saúde. Dada à oscilação da incidência e da taxa de letalidade reforça-se a importância com os cuidados de higiene, os quais são, neste momento, a medida mais eficaz para evitar que novas infecções aconteçam, seguidas da diminuição das aglomerações de pessoas (BRASIL, 2020-a).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) atuou a partir da detecção dos rumores sobre a doença emergente (CRODA *et al*, 2020). Em 22 de janeiro, foi acionado o Centro de Operações de Emergência (COE) do Ministério da Saúde,

coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), para harmonização, planejamento e organização das atividades com os atores envolvidos e o monitoramento da situação epidemiológica. Houve mobilização de vários setores do governo e diversas ações foram implementadas, incluindo a elaboração de um plano de contingência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020-a).

No início de 2021, um ano após o início da pandemia no país, observou-se um avanço de casos positivos de COVID-19, internações e óbitos nas faixas mais jovens da população. A situação epidemiológica brasileira mudou por conta dos surgimentos de novas variantes mais transmissíveis do SARS-COV-2, flexibilização de medidas restritivas, além da prioridade de vacinação da população mais idosa (CARVALHO, 2022).

Para se enfrentar uma doença que se propaga muito rapidamente, e não apenas ataca as pessoas, mas compromete o sistema de saúde e a sociedade como um todo, medidas preventivas individuais não são suficientes, e adicionalmente devem ser adotadas medidas de alcance comunitário. Tais medidas incluem restrições ao funcionamento de escolas, universidades, locais de convívio comunitário, transporte público, além de outros locais onde há aglomeração de pessoas, como eventos sociais e esportivos, teatros, cinemas e estabelecimentos comerciais, que não sejam caracterizados como prestadores de serviços essenciais (QUALLS *et al*, 2017).

A pandemia da COVID-19 expõe as fragilidades estruturais e os pontos de estrangulamento do SUS, em particular a falta – ou distribuição desigual –, no território, de profissionais da saúde e de infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, bem como a capacidade limitada de produção e realização de testes diagnósticos. Todavia, também traz à tona as fortalezas de um dos maiores sistemas de saúde pública e universal do mundo, que tem um papel preponderante na vigilância e na assistência à saúde, assim como no ordenamento e articulação das ações de enfrentamento à pandemia, nos três níveis de gestão, em todas as Unidades da Federação brasileira (OLIVEIRA *et al*, 2020).

No Nordeste até meados do segundo semestre de 2020, em todos os estados e suas capitais, o número de casos começou a crescer, em alguns locais com velocidade explosiva, em especial com a proximidade do final de 2020 e início de 2021, como ocorreu nos estados do Ceará, Pernambuco e Bahia. Na

primeira onda, todas as capitais e estados do Nordeste adotaram medidas de isolamento de forma mais intensa, com o lockdown, decretado quase simultaneamente nos nove estados. Fortaleza, Recife e Teresina atingem os maiores índice de isolamento de todas as capitais, perto de 0,60 (KERR *et al*, 2021).

A abertura da economia no segundo semestre de 2020, sem o acompanhamento de medidas não farmacêuticas de enfrentamento do crescimento de casos, observados em muitas capitais e no interior já em finais de setembro, possivelmente explica o quadro atual, que rapidamente vem se tornando dramático, em especial para as populações mais vulneráveis (XIMENES *et al*, 2021). Somado a isso, o período pré-eleições e a própria eleição, em muitos locais, promoveram aglomerações e maior possibilidade de disseminação do vírus (MADERO, 2020).

2.2 Vigilância em Saúde

Na legislação brasileira vigente, vigilância em saúde (VS) é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013-b).

Além de programas que demandam a condução de atividades de rotina, a vigilância em saúde é acionada quando da ocorrência de situações inusitadas, principalmente nos surtos e epidemias que se constituem Emergências em Saúde Pública (ESP). Nestas ocasiões, a rede de serviços se organiza de modo especial para dar respostas rápidas e adequadas, visando à proteção da população e redução de danos à saúde (TEIXEIRA *et al*, 2018-b).

As situações epidemiológicas neste contexto incluem surtos ou epidemias que apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença eliminada, apresentem gravidade elevada ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS (BRASIL, 2011).

A Vigilância em Saúde é a área de atuação do SUS na qual o princípio da universalidade é mais explícito. Suas ações na resposta imediata à COVID-

19 foram abrangentes e continuam imprescindíveis com o avanço da epidemia no Brasil (CRODA *et al*, 2020). A importância da articulação entre Vigilância e Atenção Primária à Saúde tem sido destacada no contexto da pandemia (SALES *et al*, 2020).

A primeira manifestação do sistema de vigilância do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a Covid se deu a partir da publicação de boletim epidemiológico, que comunicou a então “pneumonia desconhecida” como evento de monitoramento internacional. Em 22 de janeiro, o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COES) para gestão de resposta ao SUS foi ativado, em Nível 1 de alerta e sem casos suspeitos (TURCI *et al*, 2020).

O SUS já dispunha do Sistema de Vigilância Sentinela de Síndromes Gripais e do Sistema de Informação das Síndromes Respiratórias Agudas Graves, os quais foram mantidos, e implantou uma nova ferramenta de vigilância, o e-SUS VE, no qual situou um módulo específico para registrar as notificações de COVID-19 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020-d).

Em relação aos dados coletados pelo sistema de vigilância, alguns atributos da Vigilância Epidemiológica(VE) não estão sendo alcançados, comprometendo sua qualidade, tais como: representatividade; visto serem contabilizados apenas os casos cujas amostras foram coletadas e processadas (não aleatórias); magnitude da epidemia, por se considerarem apenas os casos atendidos em serviços de saúde com estrutura para coleta de amostras; e sensibilidade; uma vez que a positividade do teste molecular RT-PCR (transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase) em amostras de secreção de orofaringe depende do momento da coleta, contado a partir do início dos sintomas (REDECOVIDA, 2020).

É fundamental que, em articulação com a VE, as equipes de Atenção Primária da Saúde (APS) investiguem possíveis casos suspeitos, realizem rastreamento dos contatos, implementem ações de controle, acompanhem casos leves e os encaminhem para atendimento de maior complexidade, de forma oportuna e precoce. Outrossim, as mudanças recomendadas em alguns comportamentos, necessárias para maior adesão às medidas de isolamento social, têm maior chance de êxito quando orientadas por alguém próximo à comunidade, como as equipes de APS, especialmente pelos agentes

comunitários de saúde, que atuam cotidianamente nos territórios mais próximos e vinculados às comunidades e suas famílias (TEIXEIRA *et al*, 2020).

Um dos grandes desafios do SUS, reconhecidamente, é o de fortalecer a articulação da APS com a VE em todas as suas esferas (BRASIL, 2021). Com isso, é fundamental o desenvolvimento de estratégias específicas de articulação da APS com as equipes da vigilância epidemiológica (VE) dos municípios, por considerarmos ser esta a via capaz de promover a detecção e controle universal de casos e contatos que a pandemia da COVID-19 está a exigir (TEIXEIRA *et al*, 2020).

2.3 Atenção Primária em Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011-b).

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde (LAVRAS, 2011).

Partindo da saúde da família como a principal estratégia de reorganização da APS no Brasil, expressa na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, destacam-se as práticas de planejamento e implementação de ações nos territórios no cuidado à saúde na perspectiva de garantir a atenção integral, o acesso à população e a compreensão das reais necessidades do território. São ações fundamentais, pois contribuem para a modificação dos determinantes sociais da saúde (GIOVANELLA *et al*, 2020).

Durante a pandemia, a Atenção Básica tem papel fundamental como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, oferecendo um atendimento

resolutivo com os casos leves e identificação precoce dos casos graves que devem ser encaminhados para serviços especializados, mantendo a coordenação do cuidado em todos os níveis da atenção em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020-c).

A reorganização dos serviços de APS para, simultaneamente, enfrentar a epidemia e manter a oferta regular de suas ações é imperativa, e seu necessário protagonismo e readequação vêm sendo destacados em documentos e relatórios produzidos no país. Mesmo reconhecendo as diversas fragilidades de atuação das equipes, ressalta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social pois, mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (ENGSTROM, 2020).

A qualidade do atendimento na APS e a continuidade do cuidado aos pacientes com COVID-19 só podem ser asseguradas com recursos adequados que garantam a segurança do paciente e resolubilidade do problema. Na avaliação da gravidade dos casos e de sua evolução, a medição do nível de saturação de oxigênio no sangue é importante, sendo necessário disponibilizar oxímetro para as equipes, para uso na triagem, atendimento presencial e em domicílio, no acompanhamento de casos suspeitos e confirmados. Quanto à continuidade do cuidado ao paciente, é mister que serviços de APS estejam integrados à rede de emergência, hospitalar e de transporte sanitário, associada à regulação de leitos com definição de fluxos e canais de comunicação abertos e ágeis, para a garantia de cuidado oportuno, conforme a gravidade (MEDINA *et al*, 2020).

Atualmente, o atendimento às pessoas com sintomas da COVID-19 se mistura às ações voltadas para o cuidado longitudinal aos sujeitos com condições crônicas não transmissíveis e transmissíveis; às condições agudas; e às estratégias de promoção de saúde e de prevenção de doenças e agravos. Este cuidado tem como protagonistas as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as equipes que atuam na Atenção Primária, capazes de agir nos mais diversos territórios, contextos e vulnerabilidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020-c).

As experiências internacionais, não exitosas de tentativas de enfrentamento da pandemia centradas no cuidado individual hospitalar alertou para a necessidade de uma abordagem mais territorializada, comunitária e domiciliar, e a necessidade de ativar a APS, forte e integral, em toda a sua potencialidade. O modelo brasileiro, com suas equipes de saúde da família e enfoque territorial, apresentou impactos positivos na saúde da população e tem papel importante na rede assistencial de cuidados, além de poder contribuir vigorosamente para a abordagem comunitária, necessária no enfrentamento de qualquer epidemia (MEDINA *et al*, 2020).

Os Estados Unidos, por exemplo, não possuem sistema universal sendo a assistência por seguro de saúde privado. Com isso, observou-se dificuldade de implantação de alguns serviços de combate controle do vírus com a telemedicina, além de apresentar uma baixa organização dos serviços de atenção primária. Porém em países como China e Coreia do Sul que possuem sistemas de saúde de cobertura mista, público e privado, apresentaram resposta do primeiro nível de atenção frente à epidemia COVID-19 bem mais interessantes como vigilância ativa e passiva, monitoramento e orientações/atendimentos, redes de triagem de saúde que podem fornecer rastreamento de contatos e investigação das fontes de infecções, além de diagnósticos massivos para a doença, obtidos por meio de uma política de testar o maior número possível de pessoas e uso de tecnologia para rastreamento de casos (PRADO *et al,* 2021).

A busca de casos pela APS, a organização da própria comunidade e o isolamento de pessoas sintomáticas podem ter um papel crucial na interrupção ou diminuição da cadeia de transmissão do SARS-CoV-2. Assim, a identificação precoce, principalmente em comunidades vulneráveis, pode influenciar na velocidade de transmissão. E é exatamente sobre essa problemática relativa às formas de enfrentamento e controle da Covid 19 na APS associadas a estratégias de Vigilância em Saúde no município de Itaitinga que essa pesquisa se propõe, através de uma pesquisa-ação realizada em uma Unidade de Saúde de Itaitinga, a qual resultará em medidas de controle e combate a Pandemia no município.

2.4 Participação em saúde

A Constituição Federal de 1988 inovou ao garantir a participação social na gestão das políticas sociais. O setor saúde destaca-se nesse processo, não apenas pelo aspecto da institucionalização dos espaços participativos como também pela sua ampliação para todo o território nacional. Essa institucionalização da participação social, que se materializou em Conselhos e Conferências de Saúde, intenciona introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, permeabilizando a presença e ação da sociedade (COSTA E VIEIRA, 2013).

A legislação brasileira institucionaliza a prática participativa com a Lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e dá outras providências, bem como institui, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, as instâncias colegiadas de participação, conferências e conselhos de saúde, atribuindo-lhes papéis deliberativos e fiscalizadores. Estes ainda se consolidaram como espaços de mediação, participação e intervenção de interesses e valores diversificados e plurais (TEIXEIRA *et al,* 2009).

Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público. Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores e que deva ser baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade (COSTA E VIEIRA, 2013).

Entende-se por participação a interlocução da sociedade com o Estado por meio da ocupação dos espaços destinados a esse fim. Dessa forma, o Estado brasileiro institucionalizou espaços de participação para que a sociedade exerça seu direito. São eles: Conselhos Gestores de Políticas Públicas, Ministério Público, Tribunal de Contas, Ação Civil Pública, Mandado de Segurança Coletivo, Mandado de Injunção, Ação Popular, Código do Consumidor, Defensoria Pública, Legislativo, Comissões, Orçamento Participativo, Audiência Pública e Monitoramento Autônomo (SALDANHA *et al*, 2017).

A Carta de Ottawa (2006) descreve quesitos envolvendo a garantia de condições básicas e recursos fundamentais indispensáveis quando se tem por objetivo melhorar a qualidade de vida da população assistida. São eles: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Salienta ainda que para concretizar essas condições básicas e as expectativas da população é preciso seguir algumas estratégias: advogar a favor da saúde como um recurso de fundamental importância para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e para a qualidade de vida; capacitar a população, com o objetivo de reduzir as desigualdades existentes e garantir a igualdade de oportunidades, facilitando o acesso a informações, melhorando as condições de vida que permitam opções saudáveis.

Esses requisitos precisam contar com a participação social na gestão das políticas públicas, o que ocorre através dos conselhos gestores, que estabelecem um canal aberto de comunicação e decisões entre a população e o poder público (COMERLATTO *et al*, 2007).

A experiência brasileira (a partir de 1990) tem mostrado que a participação social na gestão das políticas públicas vem se ampliando desde a formalização dos conselhos gestores de políticas públicas, a instituição dos fundos orçamentários e a elaboração dos planos na atenção local. Essas políticas são reconhecidas como instrumentos necessários que fortalecem o processo de descentralização para assegurar os interesses da grande maioria da população (COMERLATTO *et al*, 2007).

Compreende-se que a participação social é definida como uma ação que ocorre no âmbito institucional e nos movimentos sociais de forma paralela ou simultânea; desenvolve, dependendo da sua formação e caráter, do contexto social e histórico, lógicas de deliberação e representação internas e perante a sociedade e/ou Estado (YAGIU *et al*, 2021).

A participação social se materializa como força coletiva que cresce em potência tanto mais se molda aos diferentes relevos e contornos, valorizando os modos e os momentos das comunidades em que se produz, cuja qualidade está associada à possibilidade de formação de vínculos com o objetivo de reivindicar ou criar formas afirmativas de superação da violação dos direitos (COSTA; CASTRO-SILVA, 2015).

Nesse processo participativo, vale destacar a conscientização crítica da comunidade. Que surge frente a realidade que lhe circunda proporciona uma nova práxis que por sua vez abre para novas formas de consciência. O processo de conscientização tem como consequência o fortalecimento dos sujeitos e da comunidade, pois as pessoas percebem que as situações de opressão que vivem são compartilhadas pelas outras pessoas da comunidade (YAGIU *et al*, 2021).

A pandemia da COVID-19 chegou ao Brasil em 2020, e o seu avanço explicitou as consequências da desigualdade social, ao afetar mais diretamente as populações com maiores dificuldades de colocar em prática o isolamento e o distanciamento social devido à necessidade de luta pela sobrevivência e a precariedade das moradias (CAPONI, 2020).

Em contrapartida a constituição de redes de solidariedade, de iniciativas e respostas comunitárias que, como em outros desafios sanitários já vividos, são elos fundamentais na construção de respostas que têm nos exigido reflexões ininterruptas (NAKAMURA; SILVA, 2020).

As lideranças são de fundamental importância para a organização do enfrentamento da disseminação do vírus ao conscientizar os moradores, utilizar os recursos oferecidos pela tecnologia e fazer parcerias com empresas e organizações para obtenção dos itens necessários para a proteção. A agregação da participação social e do trabalho coletivo tornou possível àquelas se colocarem como sujeitos da história (YAGIU *et al*, 2021).

Tendo em vista os impactos causados pela pandemia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um for te engajamento da comunidade. As experiências mais bem-sucedidas de controle da pandemia têm demonstrado o acerto dessa recomendação. De fato, os países que conseguiram maior compreensão e adesão das pessoas às medidas de prevenção têm sido aqueles onde ocorreram menos casos e menos mortes por Covid-19 (JUNIOR *et al*, 2021).

Sendo assim, faz-se necessário o engajamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), em que o envolvimento dos cidadãos nos processos deliberativos tem como propósito principal tornar as políticas públicas mais responsivas e adequadas às realidades das populações. Parte-se do pressuposto de que a participação social tende a conduzir processos decisórios

mais acertados, fortalece a promoção da saúde e o combate às desigualdades sociais (ROCHA *et al*, 2020).

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, presente nas três esferas de poder. Constitui-se em um sistema democrático, sendo um espaço que deve assegurar o direito de participação dos segmentos envolvidos: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Essa composição é paritária: 50% são representantes de usuários e os demais 50% se dividem entre os outros segmentos citados (BRASIL, 1990).

Ademais se constituem como os principais espaços institucionalizados para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo, sendo elas federais, estaduais e municipais. Atuam como mecanismos democráticos e, por intermédio deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e todas e dever do Estado (BRASIL, 2013-a).

Com isso o Conselho de saúde mostra-se uma importante estratégia/ferramenta de controle social de políticas públicas com o intuito de viabilizar um equilíbrio numa situação de pandemia. Ou seja, é possível que o controle social de políticas públicas pode ser vislumbrado como possível medida para a efetivação do direito fundamental à boa administração pública no cenário de pandemia (JUNIOR, *et al*, 2021).

Diante do exposto, para além da pandemia, a participação social busca, por meio da escuta ampliada dos cidadãos, contemplar as necessidades da população acertando as direções da saúde de acordo com as demandas sociais, envolvendo a democratização da gestão e o protagonismo dos sujeitos sociais como uma estratégia para tornar as políticas públicas construções mais horizontais e coletivas (JUNIOR *et al*, 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar estratégias participativas e integradas entre a atenção primária em saúde e vigilância em saúde, direcionadas ao controle da epidemia de Covid-19 no município de Itaitinga, Ceará, Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

a) Desenvolver estratégias de Vigilância em Saúde participativas no contexto da Equipe de Saúde da Família para identificação precoce de casos;
b) Aprimorar protocolos de cuidado às famílias, com vista à prevenção da Covid-19, reabilitação dos casos confirmados e mitigação da pandemia adaptados às necessidades de saúde do território.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação.

A escolha correta da metodologia caracteriza o caminho e a prática a ser seguida pelo pesquisador na abordagem da realidade, inclui o método, as técnicas, além da criatividade do investigador (MINAYO, 2008). A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2014), ancora-se nas categorias científicas, na intersubjetividade, na criatividade e na comunicabilidade. Insere-se, desta maneira, o desafio de aproximar-se das pesquisas qualitativas como interlocutoras crítico-reflexivas, conhecendo suas metodologias, ponderando sobre teorias e métodos e discutindo seus paradigmas (LEWIN, 2015).

Muitos são os caminhos metodológicos na pesquisa qualitativa que podem ser seguidos por um pesquisador para o alcance dos resultados dos seus questionamentos e inquietações, porém dentre eles destaca-se a metodologia da pesquisa-ação (SILVA *et al.*, 2011). Entende-se a pesquisa-ação como “uma linha de pesquisa associada a diversas formas de ação coletiva que é orientada em função da resolução de problemas ou de objetos de transformação” (THIOLLENT, 2008).

Ao ser utilizada esta opção metodológica, pode-se evidenciar a sua flexibilidade como método participativo de investigação, pois possibilita a interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, ou seja, entre o saber formal e saber informal, entre a teoria e a prática, conduzindo a mudanças reais na forma como as pessoas interagem entre si e com os outros (SANTOS *et al*., 2007).

Em meio a esse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um espaço privilegiado para a utilização da metodologia da pesquisa-ação, por ser um local que propicia a construção compartilhada do conhecimento por meio da participação dos atores envolvidos nesse processo de mudança e transformação de suas realidades (SILVA et al., 2011).

4.2 Local do estudo

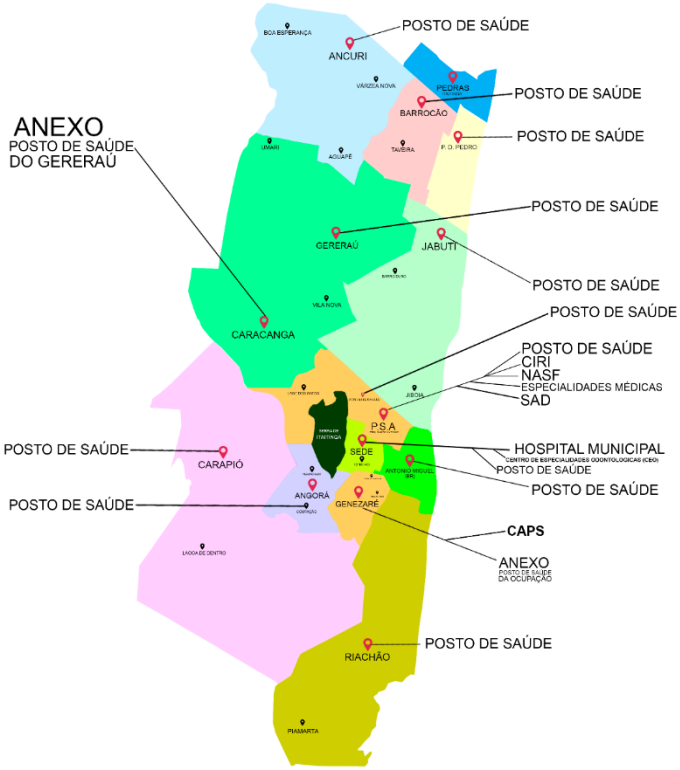
O estudo ocorreu em uma Unidade básica de saúde do município de Itaitinga, Ceará, Brasil.

Itaitinga é um município do estado do Ceará, pertencente, desde 1992, a Região Metropolitana de Fortaleza, capital cearense, no nordeste do Brasil. Está localizado às margens da BR 116, a uma altitude média de 67 m, 151,633 km² de área e 37.980 habitantes (ITAITINGA, 2021).

O município conta com quatorze unidades de saúde, com cobertura de 100% das equipes. Nove equipes são completas com Equipe de Atenção Básica (EAB) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) e cinco Unidades são compostas somente pela EAB. Metade das Unidades possui área descoberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS) o que dificulta as ações de prevenção e controle as Covid-19 na comunidade.

Durante o ano de 2020 pouco ações de vigilância em saúde foram realizadas. A partir de 2021, uma nova gestão tomou posse e a coordenação da Vigilância em Saúde articulada com a coordenação da Atenção Primária fizeram um levantamento das ações prioritárias de combate a covid-19. Dessa forma, elencaram algumas ações como: descentralização das coletas de RT-PCR para as Unidades de Saúde, que até então eram centralizadas no Hospital Municipal Ester Cavalcante Assunção; Capacitação dos profissionais da Atenção Primária em testagem de RT-PCR para ampliação de testagens; Rastreamento de contatos de casos suspeitos e confirmados (não se tinha esse rastreamento) principalmente em grupos prioritários como profissionais da educação, segurança, saúde e idosos; Monitoramento dos casos em isolamentos em parceria com o Núcleo de apoio a Saúde da Família- NASF que até aquele momento também não se tinha. Além de promover educação em saúde tanto para população quanto profissionais de forma a orientar medidas de prevenção e combate da covid-19 através das mídias sociais, palestras para escolas e blitz educativas. Vale ressaltar que todas essas ações foram realizadas em parceria com os diversos setores do município e além de instituições parceiras como a Fiocruz. Essas parcerias foram fundamentais para a efetividade dessas ações.

Figura 1. Dispositivos de saúde da cidade de Itaitinga, Ceará, Brasil. 2022



Fonte: Itaitinga, 2021.

Segundo o Integrasus (2021), de março de 2020 até agosto de 2021 o município apresentou 4614 casos confirmados e 67 óbitos por Covid-19. Considerando o alto risco de contaminação em todo o estado do Ceará, a Prefeitura de Itaitinga publicou o Decreto 030/2021 que estabelece isolamento social rígido e medidas para evitar a disseminação da COVID-19 no município (ITAITINGA, 2021).

4.3 Participantes do estudo e coleta de dados

A escolha dos participantes se deu pelo envolvimento e interesse com a situação investigada, o fato de contar com uma equipe de ESF completa e junta desde o início da pandemia e de não haver área descoberta por ACS.

A Equipe de Saúde da Família é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 técnico de enfermagem, 3 agentes comunitária de saúde, 1 guarda patrimonial e 1 auxiliar de serviços gerais.

Também foi escolhido um representante do controle social e da área de educação. Essa equipe faz parte da Unidade de Saúde Ancuri.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e junho de 2022, através de oficinas com o grupo que geraram um plano de ação de acordo com os seguintes passos:

- **PASSO 1:** Realização da pesquisa documental com finalidade de obter informações relevantes sobre o Município estudado;
- **PASSO 2:** Visitas exploratórias para definição da unidade de saúde que seria incluída pesquisa;
- **PASSO 3**: Oficinas: para execução dessa etapa foram utilizadas técnicas de rodas de conversa, elaboração de mapa falante, dramatização e podcast.
    - Estudo para entender a Covid-19 e o problema em Itaitinga.
    - Análise e estudo da Vigilância em saúde sobre o tema abordado: O que é Vigilância em Saúde? Como foi a atuação da Vigilância em Saúde em Itaitinga? Qual sua importância na pandemia? Como se dá sua articulação com a APS?
    - Análise do cuidado e do acompanhamento: Qual a importância da APS como ordenadora do cuidado? Qual o papel da APS na pandemia? Como a ESF atuaram durante a pandemia?
    - Analisar formas de comunicação eficazes com a comunidade: Como se deu a comunicação da APS e comunidade durante a pandemia?
- **PASSO 4**: Oficina de análise de dados.
- **PASSO 5**: Elaboração do plano de ação: Com base nos problemas levantados pelo grupo e trabalhados nas oficinas (APÊNDICE A).

4.4 Análise dos dados

Todos os passos foram gravados, transcritos e analisadas em diálogo, junto a literatura, a partir de categoria de análise para fornecer elementos para estruturação do Plano de ação.

Para o tratamento das informações obtidas nas oficinas, inicialmente, foi realizada uma análise crítica dos discursos gravados, considerando os elementos como a sintaxe, semântica, as metáforas, os níveis de percepção e

envolvimento dos participantes baseadas em técnicas de análise de conteúdo (FRANCO, 2012).

Em seguida, os discursos dos sujeitos da pesquisa foram organizados e estruturados em um único arquivo, em formato de corpus textual. Para preparação deste, cada texto foi iniciado com linha de comando numerada sequencialmente da seguinte forma (**** *OFIC_1, etc), para designar as falas correspondentes a cada encontro. Sequencialmente, este foi salvo em bloco de notas e importado para o IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), um software gratuito, ligado ao pacote estatístico R e ancorado na linguagem Python.

A partir disso, os discursos foram analisados conforme lexicografia (frequência e estatísticas básicas) e análises multivariadas: Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial de Correspondência (AFC), Análise de Similitude ou de Semelhanças (AS) e representação gráfica em Nuvem de Palavras.

4.5 Aspectos Éticos

A pesquisa foi conduzida dentro dos parâmetros contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 510, de 07 de abril de 2016. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Saúde Pública do Ceará, indicado pela Plataforma Brasil, aprovado no dia 10 de março de 2022, com parecer de numeração 5.284.547.

Para a realização das oficinas foi solicitada a anuência dos participantes da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), que discorre sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios, esclarecendo-os quanto à participação voluntária e o direito de retirar-se da pesquisa no momento em que assim quiserem. Estiveram assegurados a confidencialidade e o sigilo aos participantes do grupo, informando-os de que sua participação ou não nesta pesquisa não acarretará qualquer benefício indevido, nem prejuízo de maneira alguma.

Para aqueles que afirmaram a intenção de participar, foi solicitada a assinatura do TCLE, sendo disponibilizada a 2ª via para o participante, ficando a primeira sob a guarda da coordenação da pesquisa. Vale ressaltar que as oficinas foram realizadas em locais arejados e amplos, de modo a garantir o

distanciamento social e com condições adequadas para garantir a privacidade dos participantes e o sigilo das informações.

4.5.1 Riscos e Benefícios

A pesquisa obedeceu às Diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta pesquisas com seres humanos. Consoante aos princípios éticos contidos nesta Resolução, foram socializados aos participantes da Pesquisa seu objetivo, bem como a metodologia aplicada, a não-obrigatoriedade de participação, como também, foram assegurados o sigilo das informações e/ou anonimato do informante.

É importante destacar que esta pesquisa não trouxe risco à saúde dos participantes. Lembramos, ainda, que na pesquisa qualitativa, habitualmente, não existe desconforto ou riscos físicos. Entretanto, o desconforto pôde ser relacionado ao compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos incômodos.

Nesse sentido, os participantes, como já dito acima, não precisaram responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas nas oficinas, caso avaliem que ela é muito pessoal ou sentirem desconforto em falar.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Descrição das oficinas

5.1.1 1ª Oficina: Compreensão da Covid e seus impactos ao cenário internacional, nacional e local

Na primeira oficina, foram discutidos aspectos acerca do contexto geral da Covid-19 no mundo, no Brasil e no município de Itaitinga, a fim de compreender a magnitude da pandemia e a conjuntura epidemiológica, através dos dados do IntregraSUS. Para isso, foi utilizado a dinâmica das tarjetas, na qual o grupo foi dividido em duas equipes e foram realizadas duas perguntas orientadoras (Figura 2): O que é Covid? e Como se deu a Covid em Itaitinga?

Figura 2. Oficina 1 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Fonte: Acervo da pesquisa.

O SARS-CoV-2, um novo coronavírus descoberto em 2019, é responsável pela Covid-19, uma doença respiratória atípica, que progride para acometimentos sistêmicos, potencialmente inflamatórios e coagulativos. Esta, por sua vez, originou-se por meio da transmissão zoonótica associada ao mercado de frutos do mar em Wuhan, na China, e evoluiu para projeções pandêmicas, reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020 (YUKI; FUJIOGI; KPUTSOGIANNAKI, 2020).

Globalmente, até outubro de 2022, o mundo registrou 628.035.553 casos de Covid-19, incluindo 6.572.800 mortes e 12.850.970.971 doses de vacina administradas. Nesse ínterim, as Américas acumulam o contingente de 180.047.147 casos confirmados, de modo que o Brasil é intitulado o quinto país mundial no total de casos e o segundo no total de mortes, com o montante de 34.828.749 casos confirmados e 688.157 óbitos, respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Além disso, apesar do Brasil ser responsável por menos de 3% da população mundial, este registra, praticamente, 12% das mortes diretas pela Covid-19. O contexto é ainda mais dramático se consideradas as centenas de milhares de mortes indiretas associadas à doença (LIMA et al., 2020). O município de Itaitinga, por sua vez, integra o montante de 24.078 casos notificados, 6.146 casos confirmados e 81 óbitos de janeiro de 2020 a novembro de 2022, correspondentes a incidência de 16,1 casos por 100 mil habitantes e letalidade de 1,3% (CEARÁ, 2022).

A partir da problemática exposta, as equipes escreveram palavras que representassem cada tema e em seguida, foi realizada uma plenária de discussão. Um momento rico, no qual os participantes puderam dialogar sobre suas experiências vividas na pandemia.

Figura 3. Oficina 1 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Fonte: Acervo da pesquisa.

Algumas palavras tiveram destaque maior pela quantidade de vezes escritas na atividade, como por exemplo, "*Ansiedade e medo*", como é observado no discurso de um dos profissionais.

> *"Logo no começo da pandemia a gente não sabia o que é que estava acontecendo, a gente só via muita coisa passando na televisão acontecendo distante em outros países e ninguém sabia se chegaria ao Brasil, então quando chegou aquilo já gerou uma expectativa negativa. Porque a gente não sabia o que iria acontecer, estávamos realmente diante de algo que ninguém conhecia, né, e muitas vezes o que a gente não conhece gera medo e ansiedade*" [OFIC 1].

A palavra "*Perda"* também se destacou na atividade, citada por vários participantes, como forte significado.

> "*Porque todos os dias que a gente abria a televisão os números iam aumentando e a gente via as pessoas perdendo seus familiares assim como muitos morreram, até mesmo toda a família e pegou covid e é só*" [OFIC 1].

Em consonância, grande destaque foi dado a palavra "*Superação",* visto que se tratava de uma doença nova e que, apesar das angústias, mortes e incertezas, todos uniram forças ao enfrentamento e combate da doença, como é possível visualizar na fala da representante do Conselho de Saúde.

> "*Tirando a ideia aqui do nosso colega doutor; quando a gente começou a perceber a questão da doença em si, nós achávamos que não ia chegar perto da gente e com o tempo ela chegou de um jeito que ninguém nem sentiu, atingindo todo mundo. Com o tempo nós tivemos que se superar nos atendimentos, o SUS em si teve que melhorar coisas que nós sabíamos que há muito tempo precisava melhorar e não era feito, mas com isso precisou ser feito de uma hora para a outra. Os governantes tiveram que ter outra visão de como fazer para combater o vírus, né, e nós também na parte de higiene na nossa casa que onde antes não havia atenção, começou a ter essa atenção e começamos a ver que cada um dependia um do outro e precisou que cada um melhorasse naquilo que estava fazendo para que o outro ficasse sadio, né, pra que realmente houvesse esse controle*" [OFIC 1].

Dado o exposto, a Covid-19 é descrita como um dos maiores problemas de saúde pública internacional das últimas décadas, com implicações não limitadas ao campo biomédico e epidemiológico, estendendo-se, sobremaneira, ao campo social, econômico, cultural e político (LIMA et al., 2020). Em vista disso, a OMS subdivide as consequências da pandemia em quatro ondas: 1) sobrecarga imediata dos sistemas de saúde mundiais; 2) diminuição

de recursos para o cuidado de outras condições clínicas agudas; 3) impacto da interrupção nos cuidados de doenças crônicas; e 4) aumento do número de transtornos mentais e seus desdobramentos secundários.

Desta feita, a estimativa de infectados e mortos concorre diretamente com o impacto sobre a sociedade, com importantes desfechos a saúde mental, dado temor pelo risco de adoecimento e morte, vivência de experiências traumáticas, inseguranças quanto ao funcionamento social, modificações nas relações interpessoais e acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, transporte, entre outros, inferindo uma carga elevada de experiências e emoções negativas, como ansiedade e medo, advindos do cenário de incertezas, isolamento social e perdas (LI et al., 2020).

Ademais, o momento foi finalizado com uma breve explanação teórica sobre a origem do vírus, sua provável disseminação, hospedeiro e chegada ao Brasil.

Figura 4. Oficina 1 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Fonte: Acervo da pesquisa.

5.1.2 2ª oficina: Estudo da vigilância em saúde no contexto da Covid-19

A oficina 2 é representada pela análise da Vigilância em Saúde no país. Para essa atividade, foi construído o mapa falante, uma representação coletiva da situação do território, através de pontos positivos e negativos, com

utilização de cartolinas, lápis de cor e canetinhas. O grupo foi dividido em duas equipes uma elencava os pontos positivos e a outra os negativos, a partir disso construíram os mapas falantes. Os pontos positivos corresponderam aos fatores determinantes da saúde e os fatores negativos estiveram relacionados ao agravamento da doença. A partir daí, foi realizada uma análise situacional.

Figura 5. Oficina 2 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Fonte: Acervo da pesquisa.

Os achados foram transcritos, a seguir, no Quadro 1. Dentre os pontos negativos, foram citadas aglomeração, desemprego, condições sanitárias, falta de EPIs, dentre outros. Como pontos positivos, foram citados a vacinação, higiene, união, medidas de isolamento social, dentre outros.

Quadro 1. Transcrição dos registros da segunda oficina. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

FATORES DETERMINANTES DO COVID	FATORES PROTEÇÃO DA SAÚDE
• Falta máscara. • Desemprego. • Aglomeração. • Ineficiência sanitária. • Falta de consciência. • Politicagem. • Acesso as informações. • Não acesso à internet. • Negacionismo. • Falta de teste de Covid. • Situação financeira. • Exposição dos profissionais. • Falta EPIs. • Aumento preço material de proteção.	• Agendamento de consultas. • Criação da vacina. • Consciência da realidade. • Ações nas escolas. • Aulas remotas. • Resistência individual. • Uso de máscara. • Álcool em gel. • Higiene Básica.

Destaca-se, a partir do exposto, o protagonismo da Atenção Primária como potencialidade ao enfrentamento e prevenção da Covid-19, no que tange a manutenção da oferta dos serviços regulares, promoção de intervenções para redução do contágio e proteção contra a Covid-19, atuando na otimização da capacidade resolutiva dos sistemas de saúde, ao passo que é encarregada da ordenação do cuidado.

Outrossim, a APS atua de maneira histórica e efetiva na imunização da população e, na Covid-19, foi determinante para atenuação da desigualdade na cobertura vacinal brasileira, especialmente nos municípios com baixo índice de desenvolvimento humano. A vacinação, por sua vez, inferiu mudanças substanciais nos padrões de internação e óbito por Covid-19, com aumento do risco de internação, casos graves e óbito dentre os não vacinados ou com esquema incompleto (ORELANA et al., 2022).

Adicionalmente, o distanciamento social, isolamento, uso de máscaras e higiene das mãos são reforçados na literatura como intervenções eficazes na diminuição da velocidade de contágio e manutenção da capacidade dos sistemas de saúde, a fim de evitar a aglomeração de pessoas e disseminação comunitária do vírus, como evidenciado no estudo de Gonçalves et al. (2020), que o uso de máscaras inferiu redução em 87% da chance de infecção, bem como a adesão moderada a intensa ao distanciamento social ocasionou, respectivamente, a redução de 59% e 75% das chances de contrair o vírus.

Todavia, à medida que são citados os avanços e sucesso no enfrentamento da crise sanitária, mediados pela APS, cabe destacar os desafios e limitações imbricados no processo, ao passo que a pandemia de Covid-19 expôs a emergente necessidade de revisão dos sistemas de saúde, para capacidade de respostas sociais e em saúde oportunas, expondo de maneira evidente problemáticas no que tange a coordenação entre os entes federativos, subfinanciamento, descentralização, depreciação da infraestrutura e adversidades relativas a recursos, sejam estes humanos ou materiais (GLERIANO et al., 2020).

Frente a problemática, a possibilidade iminente de escassez de recursos em saúde impôs demandas extraordinárias a um sistema de saúde já historicamente penalizado, ultrapassando a capacidade de atendimento, no que diz respeito aos insumos, tecnologias e recursos humanos. Contribuindo, sobremaneira, a exaustão dos profissionais, submetidos a um volume de trabalho extenuante, e ao cenário de extensas perdas, crise financeira, incertezas, despreparo e sofrimento, associado a altos índices de ansiedade, depressão e burnout. Aliado a isso, muitos vivenciavam a falta de equipamentos de proteção individual, aumento nos preços e dificuldade ao acesso, agravando o contexto de insegurança e condições precárias de trabalho (VEDOVATO et al., 2021).

Adicionalmente, o país vivenciou a popularização de discursos negacionistas e veiculação de *Fake News* relacionados a doença, contágio e intervenções, especialmente no que tange a vacina recém descoberta. Frente a isso, mesmo que governadores de diferentes estados tenham tentado adotar medidas de isolamento, a falta de coordenação do governo federal, diretrizes comuns, jogo de informações cruzadas e contraditórias serviram para

desestimular o isolamento e restrições de controle. Assim, o negacionismo científico traduziu-se na rejeição das medidas preventivas e restritivas, junto a aceitação de intervenções sem validade e eficácia comprovada, visualizadas a partir de aglomerações e déficits na vacinação (CAPONI, 2020).

Partindo do exposto, foram confeccionados mapas falantes com os conteúdos elencados com base na realidade da comunidade, visando o planejamento de ações para proteção da saúde da população, prevenção e controle de riscos no âmbito da Vigilância em saúde.

Figura 7. Oficina 2 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

(A)

(B)

Fonte: Acervo da pesquisa.

5.1.3 3ª oficina: atuação da atenção primária a saúde na Covid-19

No terceiro momento foi abordado acerca das formas de cuidado e acompanhamento da Covid-19 na atenção primária. A plenária foi iniciada com questionamentos sobre o tema e foram levantados três pontos, os dois primeiros foram discutidos e no terceiro foi realizada uma dramatização.

O primeiro ponto tratava acerca da importância da atenção primária como ordenadora do cuidado, como visualizado no discurso a seguir.

> "*A atenção primária é uma porta de entrada para o cuidado, né, é através da atenção primária que a gente detecta os primeiros sinais de cada doença, de comorbidades que cada paciente apresenta, então é a partir da atenção primária que o paciente vai ser diagnosticado, identificado e vai ser levado para o cuidado dependendo da situação dele*" [OFIC 3].
>
> "*O agente de saúde antes de entrar na área dele precisa conhecê-la, fazer um diagnóstico da área: saber quantas pessoas tem na área dele, se é área de risco, quais os tipos de doenças e aí ele vai fazer visitas domiciliares. Por exemplo, no caso de uma gestante ele vai fazer o papel de encaminhar para a unidade e ficar fazendo o acompanhamento dessa pessoa. Logo, o papel do agente de saúde é vital na unidade básica de saúde, ou seja, ele promove, ele previne e também ajuda no cuidado*" [OFIC 3].

Nesse sentido, a APS corresponde a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, em conjunto com a Vigilância em Saúde, para promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, considerando determinantes, riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade (BRASIL, 2017).

Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, através de estratégias governamentais como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2017).

Em consonância, foi reforçado acerca das dificuldades da APS frente ao contexto de pandemia e isolamento social. Sobre esse tema destaca-se uma excelente síntese de um servidor da unidade de saúde.

> "*Bem, de início da pandemia, como eu falei em outra ocasião, a primeira atitude do sistema único foi reduzir os atendimentos e demandas programadas e aí a gente tinha muita demanda espontânea.*

> *Geralmente quem procurou a unidade nesse período e até mesmo a mídia orientou foi que viessem os pacientes com sintomas leves, então a gente tinha muitos pacientes que vinham para unidade e eu me lembro que no início a gente tinha os testes, tinham as situações de isolamento na unidade e procurava depois ficar com aquela notificação para Secretaria, ficar acompanhando o paciente durante todo o isolamento por meio do agente de saúde, só que tinha a questão de não poder ir ao domicílio. A Rosa, que é uma ACS minha, teve uma grande dificuldade devido o quadro de uma paciente ter se agravado, foi entubada e depois chegou a óbito, a agente ia na casa pra acompanhar, mas com o tempo não pôde mais, as vezes acompanhava pelo interfone e trazendo informações. Teve toda a questão do acompanhamento desde o adoecimento, o isolamento, o contato com a família*" [OFIC 3].

Acerca do problemática, Cirino et al. (2021) reforçam acerca dos desafios no enfrentamento da Covid-19 no contexto da APS, ao passo que, ainda que houvesse uma rede construída com enfoque na ampliação do acesso, resolubilidade da equipe frente às demandas da população e enfoque no território, esta não era suficientemente fortalecida para o enfrentamento do novo coronavírus e suas consequências nos âmbitos profissional, social e econômico. Assim, os profissionais depararam-se com desafios como supressão das rotinas de atendimento, perda de seguimento, desconhecimento e resistência, tanto por parte dos profissionais, quanto dos pacientes.

Nesse âmbito, a Estratégia Saúde da Família (ESF) mostra-se o modelo mais adequado ao enfrentamento do cenário, por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, especialmente na situação de isolamento social, com vistas a manutenção do vínculo com a unidade, equipes e profissionais de referência.

Adicionalmente, a ESF tem ampliado a atuação e capacidade de resposta da assistência a populações socialmente vulneráveis e de grupos de risco, como idosos e portadores de comorbidades, que frente ao isolamento social, tiveram sua situação de saúde agravada, e necessitam de apoio, seja ele financeiro, sanitário, psicológico ou social, para manutenção das recomendações e estratégias preventivas relacionadas a Covid-19, incluindo o acesso aos demais componentes da rede e mecanismos de proteção social (ENGSTROM et al., 2020).

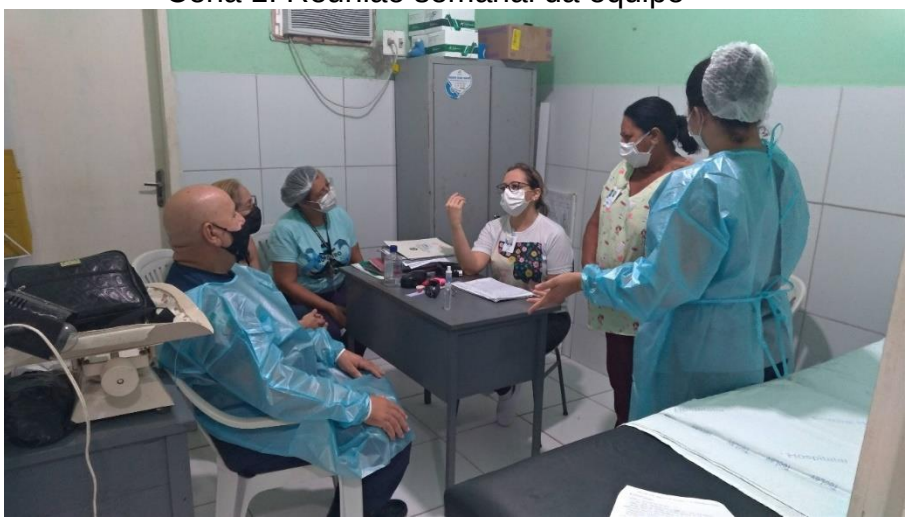
Em vista disso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm se mostrado importantes aliados, especialmente no que diz respeito a conscientização, sensibilização, combate a estigmas e fake News, através do

repasse de informações de qualidade, mobilizando lideranças e recursos locais com ampla divulgação, podendo, para isso, utilizar-se de recursos tais como as redes sociais e aplicativos de mensagem, de modo que não haja descontinuidade e/ou agravamento das condições de saúde, ao mesmo tempo que combate a desinformação (MEDINA et al., 2020).

A seguir, o último tópico versa acerca da dramatização sobre o tema: Como a equipe de saúde da família atuou durante a pandemia da Covid-19? As participantes se organizaram uma pequena dramatização, com base em um roteiro sobre o tema ofertado. Abaixo segue algumas fotos da sequência da peça com a descrição das cenas (Figura 8).

Figura 8. Oficina 3 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Cena 1: Reunião semanal da equipe



Fonte: Acervo da pesquisa.

Esta primeira foto representa a cena 1 da dramatização na qual a equipe realiza sua reunião semanal e discute o tema Covid. Após a discussão, a enfermeira dialoga sobre a temática com as agentes de saúde em cada área. Uma delas relata caso de um paciente que apresenta sintomas da Covid. Segue a seguir um pouco do diálogo dos profissionais (Figura 9).

Profissionais da saúde 1 - Então gente como nós vimos, falamos sobre toda a definição de covid, importância de conhecer a doença, de continuar conhecendo e sabendo de todos os cuidados que são necessários e por falar nisso, vocês, profissionais da saúde, como é que está na área de vocês essa história da covid? Alguém quer falar?
Profissionais da saúde 2 - Eu, não sei as outras meninas, mas eu tô com um paciente que está com muitos sintomas de covid, mas ainda não fez os exames.
Profissionais da saúde 1 - O que ele tá sentindo?
Profissionais da saúde 2 - Ele tá tossindo, teve febre e tá sentindo muitas coisas, dor no corpo, por exemplo.
Profissionais da saúde 1 – Mais algo?
Profissionais da saúde 2 - Não, está somente sentindo esses sintomas.
Profissionais da saúde 1 - E você conseguiu entrar na casa dele fazer a visita ou você soube por outra pessoa?
Profissionais da saúde 2 - Não, eu fui na casa dele, mas eu não passei do portão.
Profissionais da saúde 1 - Então você vai voltar lá e vai pedir para ele fazer a quarentena mesmo assim, certo, ele vai ter que fazer os dias de isolamento e você vai encaminhá-lo aqui para a unidade para que ele passe pelo médico e faça a consulta, voltando para minha sala para notificação e depois fazer o teste rápido dele, então vou passar algumas orientações e você vai investigar algum contato dele, certo, na família para saber se tem alguém que também está doente, se teve contato com alguém doente, tá bom? [OFIC 3].

Figura 9. Oficina 3 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Cena 2: Abordagem do paciente em sua residência.

Fonte: Acervo da pesquisa.

A segunda cena retrata a abordagem do paciente pela ACS em sua residência durante a visita domiciliar. Em conversa a profissional questionou o estado de saúde dele e orientou que procurasse a Unidade de saúde para atendimento médico (Figura 10).

Figura 10. Oficina 3 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Cena 3: Paciente procurando o Posto de Saúde.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 11. Oficina 3 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Cena 4: Paciente na triagem da Unidade com a técnica de enfermagem.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 12. Oficina 3 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Cena 5: Atendimento médico**.**

Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 13. Oficina 3 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Cena 6: Visita à mãe do paciente que também apresentava sintomas, porém mais grave.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Nesta cena a técnica de saúde durante a visita aferiu os sinais vitais da paciente e constatou que ela estava com saturação baixa e orientou que procurasse uma UPA com urgência.

Figura 14. Oficina 3 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Cena 7: Atendimento da mãe do paciente na UPA.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 15. Oficina 3 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Cena 8: Visita de acompanhamento.

Fonte: Acervo da pesquisa

A última cena retrata a visita de acompanhamento da ACS ao paciente já recuperado e sua mãe também, agradecendo o acolhimento e acompanhamento da equipe, mostrando assim a importância da Atenção primária na proteção, promoção e cuidado da saúde da comunidade.

Assim, é reconhecido o fortalecimento da APS como protagonista na mitigação dos efeitos da pandemia, com ênfase nos seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, em consonância com a competência cultural e orientação familiar e comunitária, atuando em intervenções como: identificar e gerenciar casos suspeitos e confirmados precocemente; prevenir a transmissão do vírus entre os trabalhadores da saúde e contatos; reforçar a vigilância do território; promover a disseminação da informação acerca das medidas de prevenção, envolvendo a comunidade; e manter os serviços essenciais à população (CIRINO et al., 2021).

5.1.4 4ª Oficina: pensando formas de comunicação em saúde eficazes com a comunidade

Na oficina 4 foram analisadas formas de comunicação eficazes com a comunidade no controle da pandemia. Neste momento, o tema foi livre, na forma de debate, no qual cada participante fez uma reflexão sobre o assunto explanando através de suas experiências vividas durante a pandemia e como se deu essa comunicação com a comunidade no seu território.

Uma das principais queixas foi a falta de comunicação no início da doença, como podemos observar na fala do profissional.

> "*Durante essa pandemia, a primeira coisa que ocorreu foi a falta de normas claras e de distanciamento social e que a gente não tinha mais informações sobre esses detalhes. A prefeitura, o Estado não davam informações sobre essa situação, então isso ficou muito vago, o posto não tinha informações bem claras e causou muitos transtornos pra todo mundo, enfim, foi um negócio caótico, caótico*" [OFIC 4].

Nesse ínterim, a comunicação em saúde diz respeito a utilização de estratégias para informar e influenciar as decisões de pessoas e comunidades, a partir desta, é possível divulgar informações efetivas a orientação para prevenção e tratamento de doenças, tais como a Covid-19. Em vista disso, a OMS enfatiza a comunicação de risco e o engajamento comunitário como

essenciais para o sucesso de respostas a emergências de saúde pública, alertando que o fracasso nesse campo pode causar perda de confiança, impactos econômicos e mortes (XAVIER et al., 2020).

Desta feita, o Ministério da Saúde brasileiro definiu, em seu plano de ação emergencial, a comunicação em saúde como um dos eixos fundamentais no enfrentamento da pandemia, destacando o engajamento público no desenvolvimento de ações, a disponibilização de evidências científicas e o esclarecimento de rumores em canais adequados (SANTOS et al., 2021).

Em vista disso, constitui uma ferramenta imprescindível para os profissionais da saúde no que tange a disseminar informações, dividir experiências e elaborar estratégias de melhoria e inovação, em busca de ações que fortaleçam as relações de diálogo com a população (GURGEL et al., 2021), destacando-se, para isso, inovações, como as redes sociais e os aplicativos de mensagens, amplamente utilizados nesse contexto.

> "*No período de dois mil e vinte eu estava na escola, não estava no posto, as informações que chegavam não eram concretas, a gente não sabia se era mesmo verdade e os profissionais de educação não sabiam como agir. O que foi que a secretária de saúde resolver fazer? Suspender as aulas e foram suspensas, muitos pais ficaram preocupados sobre como iria ficar o ensino dos alunos. A secretária de educação em conjunto com a de saúde decidiram deixar as aulas remotas, só online, e nesse período dos professores iam pra escola e os alunos ficavam em casa, ainda não era seguro, então os professores acabaram ficando em casa, então só nós da segurança que ficamos ali pra tirar dúvidas e informar*" [OFIC 4].

> *"A Secretaria de Educação tomou essa decisão junto com a secretária de saúde e tomada essa decisão passou para todos os profissionais de educação e depois para os pais. Nem todos os pais acharam bom porque não tinham acesso a celular nem a internet e nem todos os alunos tinham acesso as aulas"* [OFIC 4].

Nesse sentido, as redes sociais surgem como veículos de mensagem alternativos e complementares as atividades de vigilância em saúde e são estratégias efetivas para o engajamento comunitário e compartilhamento de evidências, para construção de ações coletivas (SANTOS et al., 2021).

No entanto, são visualizados entraves no contexto das populações vulneráveis, sem letramento, habilidades com as tecnologias ou acesso à *internet*, *smartphones* e/ou computador. Em paralelo, há grande esforço dos órgãos de saúde nas atividades de comunicação com a população e combate às

notícias falsas que são publicadas em diversos meios e disseminadas especialmente via internet.

Assim, a comunicação em saúde se destaca como um desafio para as organizações, no que diz respeito ao estreitamento de relações com os meios de comunicação, de modo que a população deve ser reconhecida como produtora e partícipe das informações, considerando a comunicação como direito humano fundamental para constituição e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Por conseguinte, após um amplo debate foi solicitado que os participantes elaborassem um produto final sobre essa temática de discussão, como por exemplo, um cordel, uma poesia, um vídeo, um *podcast, d*entre outros. A equipe escolheu um *podcast,* tendo em vista ser uma ferramenta atual e de excelente aceitação pelo público jovem. Assim, foi criada uma ferramenta informativa para tirar dúvidas da população chamada Informa Ancuri, apresentado por um dos profissionais da Unidade.

Figura 16. Oficina 4 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

(A)

Fonte: Acervo da pesquisa.

5.1.5 5ª oficina: análise dos dados

Nesta última oficina foi apresentado a análise dos dados baseado nas transcrições das oficinas anteriores, através de categorização. Foram apresentadas todas as categorias, articuladas através das falas dos participantes, com base no conhecimento dos profissionais da equipe. A análise foi apresentada a partir de uma tabela com as categorias para discussão em plenária, visando a construção do plano de ação.

Durante a discussão, um ponto importante citado pelos profissionais foi a busca ativa de sintomáticos.

> "*Eu tava pensando aqui, essa busca ativa ela sempre serviu para a doença tuberculose e seria uma forma de reativar esta doença, focar também na Covid-19. Com isso, a gente detecta os casos novos incorporando essa busca ao processo de trabalho, por exemplo nas demandas clínicas, de vacina, da odontologia e até mesmo nas consultas individuais, durante anamnese avaliar o quadro sintomático respiratório"* [OFIC 5].

A partir desse ponto, inseriu-se na discussão o fato de que não é somente fazer a busca ativa, mas também fazer o acompanhamento desses pacientes como citou uma agente de saúde:

> *"A gente agente de saúde, fez esse acompanhamento, aproveitando a visita domiciliar, pega o contato passa para a enfermeira do posto e com isso fica monitorando os sintomas"* [OFIC 5].

A busca ativa tratava-se da atividade sistemática e contínua (rotina permanente) para a identificação de pessoas com sintomas sugestivos da doença em investigação, com o objetivo de identificar precocemente os casos, iniciar o tratamento, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença. Esta, por sua vez, popularizou-se por compor uma das estratégias exitosas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, preconiza-se anamnese prévia acerca da presença e duração de sintomas respiratórios, acompanhada pela solicitação de exames para confirmação do caso, para todas as pessoas que procuram o serviço de saúde por qualquer motivo, todos os contatos, residentes em asilos, albergues, etc, todas as pessoas sem residência fixa, população privada de liberdade, população imigrante, população indígena e todos os participantes de ações educativas, junto a identificação de pacientes faltosos pela ESF e captação pelos ACS, para o controle dos casos no território (BRASIL, 2020).

Dentre as estratégias conjuntas estão o seguimento e monitoramento dos casos, notificação e registro, conduzidos com base nos fluxos de atendimento estabelecidos, tais como o “Protocolo de Manejo Clínico do Covid-19 na Atenção Primária”, que integra estratégias de classificação de risco, identificação de casos, implementação de medidas preventivas, manejo de casos leves, estabilização de casos graves, notificação e monitoramento clínico, compatíveis a complexidade da APS (BRASIL, 2020).

Figura 17. Oficina 3 - Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

Fonte: Acervo da pesquisa.

Desta feita, infere-se que o enfrentamento a Covid-19 na APS é sistematizado, de maneira geral, na atenção aos usuários, gerenciamento de risco e suporte social, em conjunto com a Vigilância em Saúde (AQUINO et al., 2020), mostrando-se empenhada, apesar dos entraves, no estabelecimento de fluxos de informação para aprimorar a qualidade das ações.

De modo que a notificação, detecção precoce, busca ativa e acompanhamento dos casos, com isolamento domiciliar, são atividades centrais de mitigação da epidemia, a serem desenvolvidas pelas equipes de APS, contribuindo ativamente ao processo sistemático de coleta, consolidação,

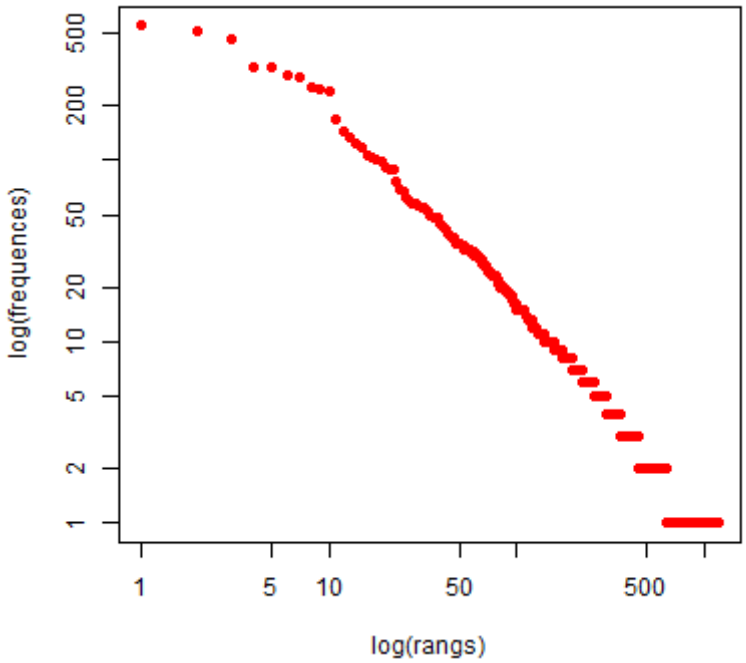
análise e disseminação dos dados referentes ao evento, fornecendo subsídios ao planejamento e implementação de medidas para promoção, proteção e controle de riscos da saúde da população (SALES et al., 2020).

5.2 Análise lexicográfica e multivariada

O corpus foi composto por quatro textos, 297 segmentos, 10489 ocorrências, com 1.839 números de formas e 991 de hápax, com aproveitamento de 53,8%.

Nessa primeira análise estatística descritiva a qual o corpus foi submetido, obteve-se o diagrama de Zipf (Figura 18), ilustração gráfica que representa o comportamento da distribuição das frequências de palavras. O eixo ‘frequences’ (y) demonstra quantas vezes uma palavra e suas formas associadas (derivadas) aparecem, enquanto no eixo ‘rangs’ (x) mostra a quantidade das mesmas. Esta, por sua vez, demostra que muitas palavras se repetem pouco, ou seja, há uma quantidade enorme de palavras de baixa frequência, denominadas de hapax (palavras inéditas ou encontradas uma única vez no corpus.

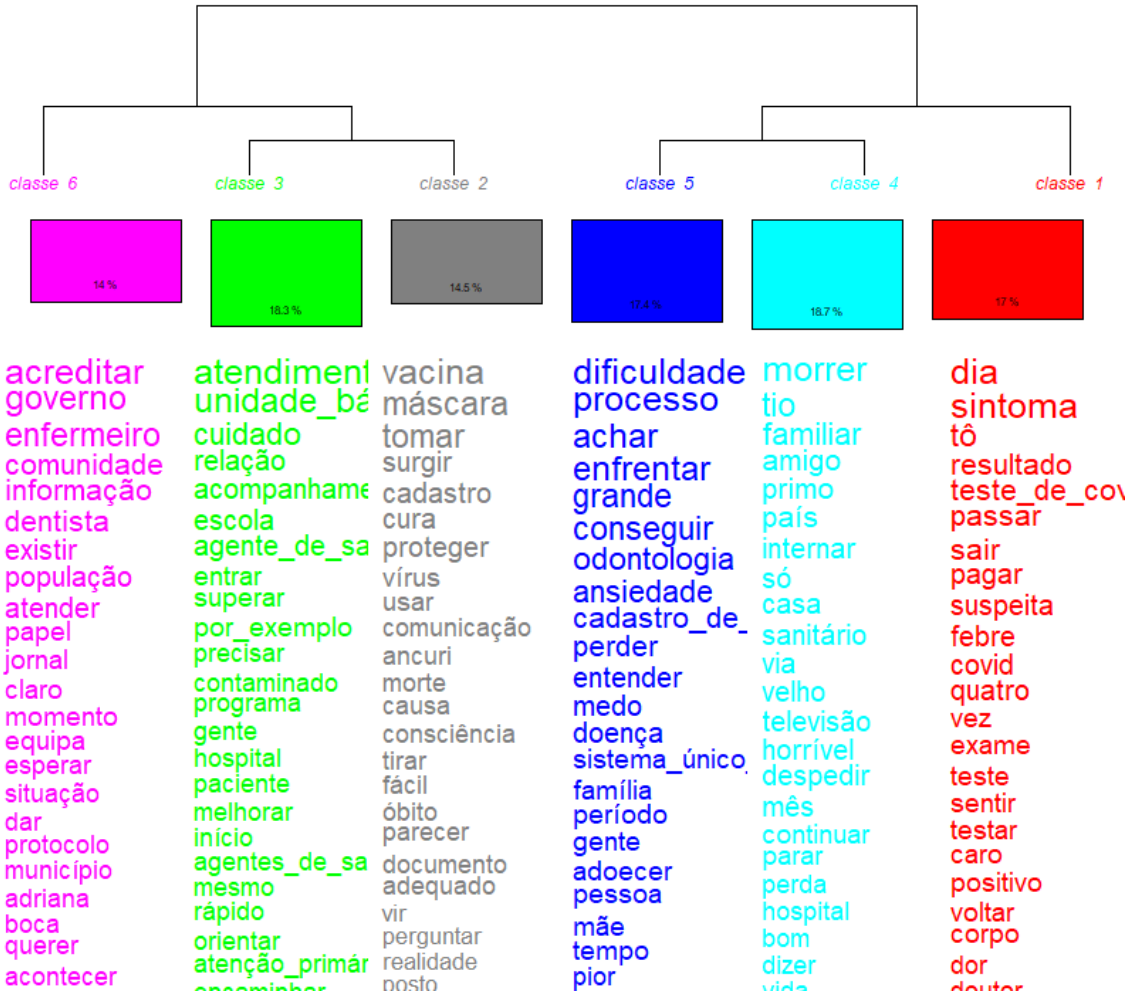
Figura 18. Diagrama Zipf de frequência das palavras



Fonte: Acervo da pesquisa.

A Figura 19, a seguir, traz a Classificação Hierárquica Descendente, a partir do Dendrograma de classes. Desta feita, foram definidas seis classes, categorizadas conforme seu conteúdo específico.

Figura 19. Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Acervo da pesquisa.

Os vocábulos foram seccionados em dois grupos. O primeiro, versa acerca das estratégias de enfrentamento e controle da Covid-19 na atenção primária, evidenciados por unidades de sentido referentes a ressignificação do trabalho e reorganização das rotinas e demandas, como visualizado a partir dos vocábulos componentes da Classe 6, tais como “Enfermeiro”, “Comunidade”, “Informação”, “Protocolo” e “Município”, e da Classe 3, composta por “atendimento”, “Unidade Básica de Saúde”, “Agente de saúde” e “cuidado”. Em consonância, a Classe 2 traz unidades de sentido referentes a sensibilização da população para o enfrentamento da doença, a partir dos vocábulos “vacina”, “máscara”, “proteger”, “cadastro” e “comunicação”.

Por conseguinte, o segundo grupo trata dos entraves imbricados no processo de controle e enfrentamento da Covid-19 na atenção primária, a partir de unidades de sentido relacionadas as fragilidades do Sistema Único de Saúde, tais como a insuficiência de recursos, sejam eles humanos ou materiais, evidenciado pelos vocábulos da Classe 5 “dificuldade”, “enfrentar”, “processo”, “ansiedade” e “medo”. As Classes 4 e 1, por sua vez, corroboram com os entraves, acerca da gravidade da doença, impactos sociais, perdas e mortes, como visualizado nos vocábulos “morrer”, “internar”, “perda”, “despedir”, “familiar”, “amigo”, “sintomas”, “febre”, “dor” e “teste de covid”.

Nesse sentindo, o Quadro 1 a seguir, aborda o processo de categorização das unidades de sentido, no que concerne aos conceitos norteadores e categorias de análise.

Quadro 1. Categorias de análise do conteúdo das oficinas. Itaitinga, Ceará, Brasil, 2022

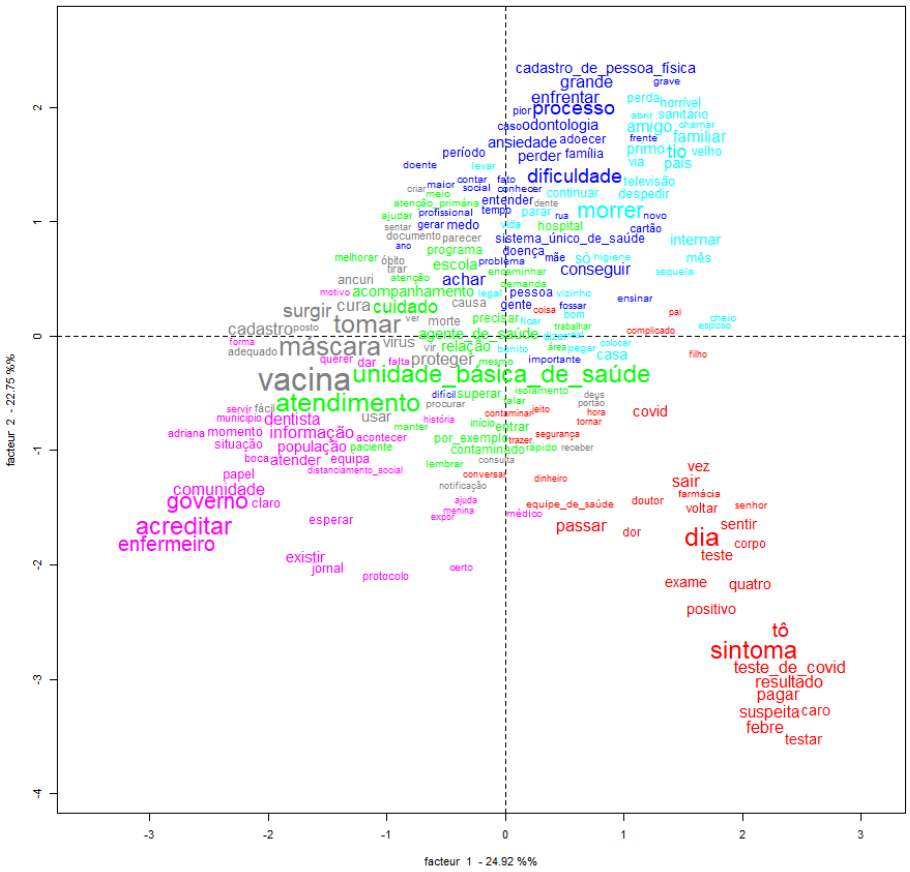
Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária	Categoria Final
1. Insuficiência de recursos humanos	Expõe uma fragilidade do sistema de saúde na maioria dos Estados brasileiros	FRAGILIDADES DO SUS	ESTRATÉGIAS PARTICIPATIVAS DE CONTROLE E ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA
2.Escassez de EPIs para os profissionais	Com o aumento da demanda, fabricantes não conseguiam acompanhar esse crescimento, então isso gerou a falta desses materiais no mercado além do aumento de preço		
3.Conscientização da comunidade	Expõe um problema a ser trabalhado constantemente pelas políticas públicas	SENSIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	
4.Formas de comunicação	Utilizar as ferramentas de comunicação buscando fomentar o engajamento comunitário no enfrentamento da pandemia		
5.Impactos sociais da doença	Expõe as consequências sociais do estímulo a não adoção das medidas preventivas e de controle da Covid 19	GRAVIDADE DA DOENÇA	
6.Perdas e mortes	Representada pela elevada transmissibilidade da doença, aliada à capacidade de causar quadros graves e óbitos		
7. Exclusão de minorias	Representa um quadro que se perpetua no país, ficando evidente na pandemia		

8.Atenção primária da pandemia	Evidencia a importância da AP, com papel crucial na interrupção ou diminuição da cadeia de transmissão do SARS-COV-2	RESSIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO	
9. Reorganização das demandas de trabalho e sobrecarga de trabalho	Diante da necessidade de enfrentar a epidemia e manter a oferta regular de suas ações		
10. Insegurança e medo do profissional de saúde	Evidencia a falta de conhecimento técnico mediante uma doença nova		

Fonte: Acervo da pesquisa.

A seguir, a Análise Fatorial de Correspondência (Figura 20) exibe a associação entre as unidades de sentido ao longo do plano cartesiano. De modo que, a Classe 6 (rosa) e Classe 3 (verde) relaciona-sem intimamente e compõem a unidade de sentido de ressignificação do trabalho, dispostas no quadrante inferior esquerdo, enquanto a Classe 2 (cinza), dispõe sobre a sensibilização da população, nos quadrantes inferior e superior esquerdos. As três, por sua vez, versam acerca das estratégias de enfrentamento e controle da Covid-19 na atenção primária, localizadas de maneira predominante nos quadrantes do lado esquerdo.

Figura 20. Análise fatorial de correspondência


facteur 1 - 24.92 %%
facteur 2 - 22.75 %%
cadastro_de_pessoa_física
grande
enfrentar
processo
odontologia
ansiedade
perder
família
dificuldade
morrer
sistema_único_de_saúde
internar
conseguir
escola
achar
acompanhamento
cura
cuidado
surgir
tomar
cadastro
máscara
vacina
unidade_básica_de_saúde
atendimento
dentista
informação
população
atender
comunidade
governo
acreditar
enfermeiro
existir
jornal
protocolo
esperar
proteger
casa
covid
passar
dia
sintoma
teste_de_covid
resultado
pagar
suspeita
febre
testar
exame
quatro
positivo
tô
teste
sair
vez
farmácia
voltar
sentir
corpo
dor
doutor
equipe_de_saúde
médico
dinheiro
conversar
notificação
lembrar
consulta
distanciamento_social
paciente
aconteceu
por_exemplo
contaminado
segurança
rápido
receber
entrar
início
história
manter
usar
procurar
superar
difícil
isolamento
deus
portão
hora
tomar
leito
contaminar
falar
adriana
momento
situação
boca
papel
município
servir
fácil
certo
ajuda
menina
expor
período
doente
levar
perder
caso
pior
frente
abrir
sanitário
chamar
amigo
familiar
primo
tio
velho
via
país
televisão
continuar
despedir
entender
paciente
tempo
parar
rua
novo
cartão
hospital
vida
gerar
medo
sentar
documento
parecer
ano
programa
doença
mãe
só
higiene
mês
sequela
problema
encaminhar
demanda
pessoa
vizinho
ensinar
gente
coisa
fossar
bom
pai
cheio
escoto
precisar
ficar
trabalhar
complicado
morte
causa
ver
vir
relação
bonito
área
pegar
colocar
importante
filho
mesmo
falta
querer
dar
forma
adequado
posto
ancuri
atenção
motivo
legal
melhorar
óbito
tirar
atenção_primária
ajudar
profissional
meio
social
conhecer
maior
criar
contar
fato
levar
doente
período
ansiedade
perder
família
odontologia

evidenciam discursos acerca do isolamento social, medidas de prevenção e barramento do contágio pelo coronavírus. O núcleo central “Covid”, por sua vez, relaciona-se com os vocábulos mundo, família, internar, medo, febre e equipe de saúde, demonstrando os impactos sociais causados pela doença, semelhante ao núcleo periférico “morrer”, que está associado a pandemia, sistema único de saúde, Brasil e protocolo, bem como ao núcleo periférico “vacina”, associado a proteger, agentes de saúde, documento, máscara e álcool em gel, e o núcleo periférico “paciente”, ligado a enfermeiro, médico, consulta e notificação.

Por conseguinte, o núcleo central “Unidade Básica de Saúde” associa-se aos vocábulos secretaria de saúde, internet, cadastro, cuidado e teste de covid, e os núcleos periféricos “atendimento”, relacionado ao vocábulo cuidar, e o núcleo periférico “informação”, associado a população, governo, jornal, comunicação, distanciamento social e redes sociais, demonstrando a atuação basilar da atenção primária na assistência da Covid-19 e instrução da comunidade.

Figura 21. Análise de similitude

Fonte: Acervo da pesquisa.

Por fim, a Nuvem de palavras (Figura 22) representa as palavras mais evocadas pelos sujeitos da pesquisa nas Oficinas conduzidas. As palavras são posicionadas de maneira aleatória e as mais frequentes aparecem maior que as outras, demonstrando, assim, seu destaque no corpus e unidades de sentido, corroborando com os resultados explicitados na Análise de Similute, pelos

vocábulos Unide Básica de Saúde, casa, Covid, informação, vacina, famíia, mascara, pandemia e paciente.

Figura 22. Nuvem de palavras

Fonte: Acervo da pesquisa.

A análise lexicográfica, dessa maneira, reforça os achados dispostos nas oficinas, no que tange a centralidade da Unidade Básica de Saúde no enfrentamento da Covid-19 e veiculação de informações, bem como a relevância das estratégias de prevenção e combate à doença, como as normativas de distanciamento social, isolamento e vacinação, considerando a APS em sua posição de ordenadora do cuidado e vínculo direto com a população adscrita.

Para isso, preconiza-se a ressignificação dos trabalhos, normas e rotinas, com vistas a fortalecer a atuação centrada no território, considerando suas características e demandas específicas, a fim de contemplar o acompanhamento e resolução dos casos Covid-19 e outras doenças, junto da referência de casos de maior complexidade, fornecimento de condições seguras de trabalho aos profissionais de saúde, apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção), formação e educação permanente de profissionais de saúde, além de estratégias educativas junto à comunidade (MEDINA et al., 2020).

Desse modo, tanto as limitações estruturais, quanto de capital humano direcionaram a urgente necessidade de readequação do SUS, e nesse contexto, a APS, para responder às demandas que se agravaram com a pandemia de Covid-19. Para isso, reforça-se uma ação coordenada, valorizando iniciativas descentralizadas e regionalizadas, em articulação com aquelas pré-existentes, como programas de saúde, a ESF e ACS, destacando-se o engajamento comunitário e atenção aos grupos populacionais mais vulneráveis, a fim de redescobrir uma APS, forte e integral, em toda a sua potencialidade.

5.3 Plano de Ação – Município de Itaitinga

Estratégias de monitoramento e acompanhamento da Covid-19

A covid-19 leva os sistemas de saúde a experienciarem um tempo novo e não previsto no processo de cuidado cotidiano, com a exigência da criação de uma nova rotina que atenda às necessidades do momento. Somando-se o histórico de intenso sucateamento à chegada da pandemia ao brasil, nota-se uma significativa ampliação dos diferentes obstáculos enfrentados pelas ESF no cuidado aos sujeitos.

Entretanto, por constituírem atributos fundamentais como o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, a integralidade, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural viabilizam a reinvenção diária na atenção à saúde e nas formas de criar e recriar vínculos com os coletivos, o que possibilita a efetivação prática, de forma singular, do processo de cuidado.

Partindo da saúde da família como a principal estratégia de reorganização da APS no brasil, expressa na política nacional de atenção básica (PNAB) de 2006, destacam-se as práticas de planejamento e implementação de ações nos territórios no cuidado à saúde na perspectiva de garantir a atenção integral, o acesso à população e a compreensão das reais necessidades do território. São ações fundamentais, pois contribuem para a modificação dos determinantes sociais da saúde.

A epidemiologia deve ser entendida como uma importante ferramenta de aproximação à realidade de estudo, embora com limitações para garantir que o

processo de cuidado, de fato, responda às necessidades singulares dos sujeitos no território (ANDRESSA et al, 2020).

Com base nesse contexto, o presente trabalho pretende desenvolver um plano de ação com base em estratégias de vigilância em saúde na atenção primária através do monitoramento e controle dos casos pela equipe de saúde da família no município de Itaitinga no Ceará.

Atividades:

1) **Realizar busca ativa dos sintomáticos respiratórios**: a busca ativa de sintomáticos respiratórios representa a estratégia inicial para a detecção de casos novos e a primeira dentre as várias ações de controle da doença no território. Esta ação será incorporada ao processo de trabalho das equipes e realizada na demanda espontânea da unidade, durante as consultas individuais por outras queixas com intuito de efetuar o diagnóstico precoce da doença, como também evitar a subnotificação dos casos.
2) **Monitorar e acompanhar casos no território:** o monitoramento da equipe no controle da covid-19 tem início quando um caso suspeito é identificado e notificado. Os casos são monitorados por telefone até a alta e, no diálogo, observa-se como está o processo saúde-doença-cuidado, a sintomatologia, a evolução clínica e é verificado se o isolamento está adequado e se alguém da família manifestou sintomas da doença.
3) **Estabelecer critérios para a notificação e registro de casos suspeitos**: a equipe de saúde juntamente com a vigilância epidemiológica estabelecerão esses critérios através de análise do território e população adscrita.
4) **Estabelecer as medidas de prevenção e controle:** realizados pela equipe de saúde e população através de oficinas.
5) **Criar um protocolo de atendimento:** cada equipe de saúde de acordo com sua realidade territorial criará seu protocolo de atendimento da unidade de saúde, devido à grande diversidade apresentada em cada território do município.
6) **Criar um podcast informativo para tirar dúvidas dos usuários depositadas em caixinhas de dúvidas presentes nas unidades.**

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou elaborar estratégias participativas e integradas entre a atenção primária em saúde e vigilância da saúde, direcionadas ao controle da epidemia de Covid-19 no município de Itaitinga, Ceará, Brasil, especialmente no que tange a identificação precoce, reabilitação e aprimoração de protocolos, a fim de mitigar os efeitos da doença, com base em estratégias adaptadas às demandas do território, a partir de uma pesquisa-ação, com a realização de oficinas junto a profissionais integrantes da APS.

Os encontros com os profissionais possibilitaram discussões aprofundadas acerca da Covid-19 e os impactos desta no município, mediante análise da situação em saúde, e eleição de pontos fortes e deficientes, destacando percepções como ansiedade, medo e superação. A partir disso, foram traçadas as formas de cuidado e acompanhamento de pacientes com Covid-19 na APS, bem como as dificuldades vivenciadas nesta, frente a crise sanitária, a fim de elencar medidas resolutivas, exibindo resultados positivos quanto a interação e construção compartilhada do conhecimento.

A análise do conteúdo das oficinas, por sua vez, destacou duas categorias de sentido, relacionadas a estratégias de enfrentamento e controle da Covid-19 na atenção primária, evidenciados pela ressignificação do trabalho, reorganização das rotinas e demandas e sensibilização da população, junto aos entraves imbricados no processo de controle e enfrentamento da Covid-19 na atenção primária, evidenciados pelas fragilidades do Sistema Único de saúde e gravidade da doença.

As oficinas culminaram na estruturação do plano de ação para o município de Itaitinga, composto pelas principais estratégias de monitoramento elencadas, tais como a busca ativa dos sintomáticos, monitoramento dos casos no território, estabelecimento dos critérios de notificação dos casos suspeitos, medidas de prevenção de controle, criação de um protocolo de atendimento e de um podcast informativo.

Assim, a partir disso, evidencia-se a necessidade de uma abordagem territorializada, descentralizada e comunitária da APS, junto a VS, na construção e implementação de estratégias de controle e enfrentamento da Covid-19, junto a programas bem estabelecidos, tais como a ESF e ACS, com potenciais

impactos positivos na saúde da população, em especial aquela em vulnerabilidade social, e rede assistencial de cuidados.

As limitações do estudo podem estar relacionadas a amostra restrita e delineamento do mesmo, impossibilitando a generalização dos achados. No entanto, estes servem de subsídios a realização de estudos populacionais e de diferentes desenhos, que permitam o aprofundamento da temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. G.; SANTOS, L. Atenção Básica e Vigilância em Saúde: os desafios da prática no território. **Divulgação em saúde para debate**, N. 58, P. 177-184, 2018.

AQUINO, E. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc Saúde Colet**, v. 25, Suppl 1, p. 2423-46, 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-COVID-19**. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020-a. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Bol Epidemiol. 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é coronavírus?** (COVID-19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde** – Versão 09- Brasília, abril 2020-c.

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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020-d.

BRASIL. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Portaria GM No 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de

Vigilância Sanitária. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2013b.

BRASIL. **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). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011b.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto No 7.616, de 17 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011a.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 102227, p. 912-920, 2020.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 209-24, 2020.

CARLOS, W. G. et al. Novel Wuhan (2019-nCoV) Coronavirus. **Am J Respir Crit Care Med.**, v. 201, n. 4, p. P7-P8, 2021.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Geneva: Organização Panamericana de Saúde, 2006.

CARVALHO, T. S. **Estudo quantitativo das crenças, atitudes e percepções dos jovens de Franco da Rocha acerca da COVID-19.** Monografia – Instituto de Saúde, São Paulo, 2022.

CATANANTE, V. G. et al. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciênc. saúde colet**., v. 22, n. 12, 2017.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos Municipais. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 10 n. 2 p. 265-271, 2007

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, S. L.; CASTRO-SILVA, C. R. Afeto, memória, luta, participação e sentidos de comunidade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 10, n. 2, p. 283-291, 2015.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol Serv Saúde** [Internet], v. 29, n. 1, 2020.

ENGSTROM, E. et al. **Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2020.

FIGUEIREDO, M. L. F. **A mulher idosa e a educação em saúde**: saberes e práticas para promoção do envelhecimento saudável [tese] – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2005.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo.** Brasília, 4a ed. Liber Livro, 2012. 96p.

GARCIA, P. L. Gratidão ao Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude,** v. 29, n. 5, e2020333, 2020.

GARCIA, P. L.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 29, n. 2, 2020.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALEMIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Cien Saude Colet**., v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GURGEL, A. G. S. R. et al. Covid-19 e a atuação da comunicação em saúde: boas práticas em sobral-ce. **SANARE**, v. 20, 2021.

HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**., v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.

JESUS, A. M. et al. Rede de vigilância no monitoramento da covid-19 na Bahia, Brasil, 2020. **Revista Baiana de Saúde Pública,** v. 45, p. 62-78 jan./mar. 2021.

KERR, S. F. R. L. et al. Covid-19 no Nordeste do Brasil: primeiro ano de pandemia e incertezas que estão por vir. **Rev Saude Publica**., v. 55, n. 35, 2021.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n.4, p. 867-874, 2011.

LI, W. et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. **International Journal of Biological Sciences,** v. 16, n. 10, p. 1732-8, 2020.

LIGUORO, I. et al. Infecção por SARS-COV-2 em crianças e recém-nascidos: uma revisão sistemática. **Eur J Pediatr**., v. 179, n. 7, p. 1029–46, 2020.

LIMA, C. K. T. et al. The emotional impact of coronavirus 2019-Ncov (new Coronavirus Disease). Psychiatry Research, v. 287, e112915, 2020.

LU, R. et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. **Lancet**., v. 395, n. 10224, p. 565-74, 2020.

MADEIRO, C. **Eleições 2020:** convenções no Norte e Nordeste têm aglomeração e falta de prevenção à covid. Maceió, AL: UOL, 2020.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020.

MINAYO, M. C. **Apresentação**. In GOMES, R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio Libanes; 2014

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

NAKAMURA, E.; SILVA, C. G. O contexto da pandemia do covid-19: desigualdades sociais, vulnerabilidade e caminhos possíveis. In: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Org.). Cientistas sociais e o coronavírus. São Paulo: Anpocs, 2020. p. 154-158.

OLIVEIRA, K. W. et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 2, 2020.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Mudanças no padrão de internações e óbitos por COVID-19 após substancial vacinação de idosos em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, 2020.

PEDROSA, N. L.; ALBUQUERQUE, N. L. S. Análise Espacial dos Casos de COVID-19 e leitos de terapia intensiva no estado do Ceará, Brasil.

PIMENTEL, R. M. M. et al. The dissemination of COVID-19: an expectant and preventive role in global health. **J Hum Growth Dev**, v. 30, n. 1, p. 135-140, 2020.

PRADO, N. M. B. L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate.

QUALLS, N. et al. Community mitigation guidelines to prevent pandemic influenza — United States, 2017. **MMWR Recomm Rep,** v. 66, n. 1, p. 1-34, 2017.

REDE COVIDA. Universidade Federal da Bahia. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. **Testes diagnósticos da COVID-19**: bases das indicações e seus usos [Internet]. [S.l.]: Rede CoVida; 2020. 15 p.

ROCHA, M. B.; MOREIRA, D. C.; BISPO JÚNIOR, J. P. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, 2020.

SALDANHA, G. S.; MACHADO, R.; LISZBINSKI, B. B. **Desafios da participação e controle social no município de Santana do Livramento** – RS. IV Encontro da Administração Pública – "A construção da Administração Pública do Século XXI". João Pessoa/PB, 24 e 25 de maio de 2017.

SALES, C. M. M.; SILVA, A. I.; MACIEL, E. L. N. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 29, n. 4, 2020.

SALES, C. M. M. et al. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. **Epidemiol. Serv. Saúde,** v. 29, n. 5, 2020.

SANTOS, A. M. R. et al. Construção coletiva de mudança no Curso de Graduação em Enfermagem: um desafio. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 4, 410-415, 2017.

SANTOS, M. O. S. et al. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 25, suppl 1, 2021.

SILVA, J. C. et al. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 3, p. 592-5, 2011.

SOMECKH, B.; LEWIN, C. **Teoria e métodos de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2015.

TEIXEIRA, M. G. et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude,** v.. 29, n. 4, 2020

TEIXEIRA, M. G. et al. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2018-b.

TEIXEIRA, M. G. et al. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811-18, 2018-a.

THE GLOBAL CHANGE DATA LAB. **Our world in Data. Daily confirmed deaths**. Oxford (UK): Oxford Martin School/University of Oxford; 2021.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16 ed. São Paulo: Cortez; 2008.

TURCI, M.; HOLLIDAY, J.; OLIVEIRA, N. A Vigilância Epidemiológica diante do Sars-Cov-2: desafios para o SUS e a Atenção Primária à Saúde. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 1, p. 44-55, 15 abr. 2020

VIANA, A. L. A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciências da Saúde Coletiva.**, v. 23, n. 6, p. 1791-8, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease** (COVID-2019): situation report 72 [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel coronavírus** (2019-nCoV) situation report 3. Geneva: World Health Organization; 2020.

World Health Organization. **WHO coronavirus disease (COVID-19) dashboard**. Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020**. Geneva: WHO; 2020.

XAVIER, F. et al. Análise de redes sociais como estratégia de apoio à vigilância em saúde durante a Covid-19. **Estud. av.**, v. 34, n. 99, 2020.

XIMENES, R. A. A. et al. COVID-19 no nordeste do Brasil: entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social. **Cienc Saude Coletiva**, v. 26, p. 1441-56, 2021.

YAGIU, H. et al. Participação social de lideranças comunitárias em um contexto de desigualdade social e no enfrentamento da pandemia da COVID-19: um enfoque psicossocial. **Saúde Soc**., v.30, n. 2, e210008, 2021

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada: “Estratégias participativas e integradas de Atenção Primária em Saúde e Vigilância da Saúde no enfrentamento a Covid 19 no município de Itaitinga”, realizado por Líbia Lopes Martiniano (Mestranda) e Fernando Ferreira Carneiro (Orientador), que pretende elaborar estratégias participativas e integradas de atenção primária em saúde articulada a vigilância da saúde voltadas para o controle da epidemia da covid 19 no município de Itaitinga, a fim de evidenciar o papel da Atenção Primária em Saúde articulada à Vigilância da Saúde no combate à pandemia da Covid-19, tendo em vista que a temática é um desafio a ser superado por ser uma doença nova e que demanda muita pesquisa e estudo. O motivo que nos leva a convidar o (a) Sr. (a) para participar é a importância da participação social na metodologia da pesquisa-ação, possibilitando a interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa. A participação do Sr. (a) consistirá de Sua participação consistirá em participar de Oficinas, com vistas a desenvolver estratégias de VS no contexto da ESF para identificação precoce de casos, aprimorar protocolos de cuidado às famílias, com vista à prevenção da COVID-19, reabilitação dos casos confirmados e mitigação da pandemia adaptados às necessidades de saúde do território. Informamos que será realizado gravação de voz e de imagem produzindo-se registro em audiovisual para produção de vídeos e transcrição das falas, portanto, solicitamos a sua permissão para estes procedimentos (participar da oficina, autorização para gravá-la e filmagem de imagem). Será fotografado alguns momentos da oficina, o qual pedimos, também, a sua autorização. Se o (a) Sr. (a) não compreender alguma coisa desta parte, pode perguntar que será explicado. A participação do (a) Sr. (a) é voluntária e se não quiser participar estará livre para recusar. Fique certo (a) de que a recusa não acarretará qualquer penalidade ou nenhuma modificação na forma como o (a) Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador ou pela instituição. No entanto, poderá acarretar alguns desconfortos como timidez, vergonha, constrangimento, cansaço, gasto de tempo, lembranças indesejáveis ou ainda o desconforto de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar. Nesse sentido, o (as) senhor (a), como já dito acima, não precisa responder a qualquer pergunta ou compartilhar qualquer informação, se sentir-se que ela é muito pessoal ou sentir-se desconforto em falar. Sua participação trará como benefícios contribuir para o conhecimento e percepção dos aspectos relacionados à saúde, ambiente, trabalho no território em que vivem. Para diminuir ou mesmo evitar esta situação, me comprometo a garantir que o/a senhor/a não responda ou que fale com o pesquisador de campo em separado. O nome do (a) Sr. (a) não será exposto de forma alguma e lhe serão garantidos o sigilo e a privacidade dos dados coletados durante toda a pesquisa. O (A) Sr. (a) não receberá nenhum pagamento para participar desta pesquisa, mas também, não terá nenhuma despesa. Se houver algum gasto exclusivamente para participar desta pesquisa, este gasto lhe será ressarcido. O (A) Sr. (a) também terá direito a indenização no caso de qualquer dano que eventualmente aconteça e que for produzido pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Todos os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento foi impresso em duas vias, uma via ficará com o (a) Sr. (a) e a outra ficará com o pesquisador responsável para confirmação de sua aceitação em participar.

Em qualquer momento desta pesquisa o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pela pesquisa é a mestranda Líbia Lopes Martiniano, que pode ser encontrada na CEO municipal de Itaitinga, no endereço: Endereço: travessa Ester Assunção, s/n, bairro: Centro, Itaitinga-Ceará. CEP: 60.800-000, fone: (85) 33772625, no horário de 08:00 às 17:00.

Se o (a) Sr. (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (CEP/ESP/CE), na Avenida Antônio Justa 3161, Bairro Meireles, Fortaleza – CE, telefone 3101-1406, Horário de funcionamento de segunda à sexta-feira de 08 às 12 h e de 13 às 17 h, **e-mail:** cometica@esp.ce.gov.br

Caso o (a) Sr. (a) se sinta suficientemente informado a respeito de tudo que leu ou que foi lido para você sobre a pesquisa, sobre os procedimentos que serão realizados, os desconfortos os riscos, a garantia de ressarcimento, a garantia de confidencialidade, de receber esclarecimentos permanentes, que sua participação é voluntária e que não receberá remuneração e nem terá despesas para participar da pesquisa e, se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, ____ de _____ 20____.

Consentimento pós-informado

_____

Assinatura do (a) participante

Impressão dactiloscópica para participantes analfabetos ou que se encontrem impossibilitados de assinar

_____

Assinatura do (a) pesquisador (a)

_____

Assinatura

Nome da Testemunha (no caso de ausência de autonomia)