



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO REIS VELLOSO
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DAYANE CRISTINA DE SOUSA ROCHA

**EM TEMPOS DE COVID-19: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Parnaíba – PI

2022

DAYANE CRISTINA DE SOUSA ROCHA

**EM TEMPOS DE COVID-19: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Biblioteca Central Prof. Cândido Athayde

R672e Rocha, Dayane Cristina de Sousa
Em tempos de COVID-19: Atenção primária à saúde na prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica. [recurso eletrônico] / Dayane Cristina de Sousa Rocha – 2022

1 Arquivo em PDF.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Delta do Parnaíba, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira

1. COVID-19. 2. Hipertensão Arterial Sistêmica. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Condições Crônicas. 5. Atenção Primária a Saúde. I. Título.

CDD: 616.1

DAYANE CRISTINA DE SOUSA ROCHA

**EM TEMPOS DE COVID-19: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira

Aprovado em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira

Prof. Dra Pollyana Sobral

Prof. Dr. Fábio Solon Tajra

Dedico esta dissertação a todos os profissionais da área da saúde que trabalharam durante a pandemia da COVID-19.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por seu amor e amparo em todos os momentos.

Agradeço a meus pais Manoel Emídio Pereira da Rocha e Teresa Cristina de Sousa Rocha, e a minhas irmãs Dayseane, Angela e Emanuelle pelo apoio incondicional.

Agradeço ao meu esposo Luiz Heront Almeida de Carvalho pelo incentivo.

Agradeço a todos os professores pelos ensinamentos, experiências e paciência.

Agradeço em especial ao professor e meu orientador, Francisco Jander de Sousa Nogueira, pelos ensinamentos, disponibilidade e grande apoio.

Agradeço ao Profsaúde, Universidade Federal do Piauí e Fundação Oswaldo Cruz pela oportunidade de realizar o mestrado.

Agradeço a Universidade Estadual do Piauí, que me possibilitou ingressar no tão almejado mestrado.

"A educação deve possibilitar ao corpo e à alma toda a perfeição e a beleza que podem ter."

(Platão)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A pandemia da COVID-19 representa um dos maiores desafios sanitários recentes. Houve a necessidade de reorganização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde, a fim de atender tanto à demanda de mitigação dos casos de COVID-19 como manter a oferta regular de suas ações. **OBJETIVO:** Compreender o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família referente à assistência a Hipertensão Arterial Sistêmica do município de Floriano-PI, no contexto da pandemia do novo coronavírus, com enfoque nas mudanças ocorridas e nos novos arranjos de trabalho. **METODOLOGIA:** Trata-se de pesquisa narrativa com abordagem qualitativa realizada com dez profissionais da Estratégia Saúde da Família de Floriano-PI, por meio da realização de entrevistas. A análise das informações foi realizada de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin, a partir da qual emergiram três categorias: Re(organização do processo de trabalho para acompanhamento dos hipertensos: antes e durante a pandemia; Entraves ao acompanhamento do hipertenso no período pandêmico; e Repercussão das mudanças na adesão ao tratamento pelos hipertensos. **RESULTADOS:** Percebeu-se a centralização das ações das equipes de APS para o tratamento medicamentoso, pouca oferta de ações de promoção e prevenção, além de ficar clara a relevância de assuntos como estratificação de risco dos hipertensos e o cadastramento das pessoas e famílias, a necessidade de articulação com outros pontos de atenção especializada para a garantia da integralidade da atenção e a adoção do uso de EPI como forma de proteção. No processo de retomada dos cuidados, observou-se a priorização aos casos mais graves e a dispensação de receitas e medicamentos, a busca ativa pelos agentes comunitários, atendimento agendado com hora marcada, a vacinação contra a COVID-19 e a incorporação de tecnologias de informação foram estratégias utilizadas para a retomada das ações. Em relação aos entraves relacionados ao cuidado aos hipertensos no período pandêmico, destacou-se o medo tanto da equipe como da população, a perda do hábito de ir até a Unidade Básica de Saúde e a sobrecarga da equipe com a vacinação. Na categoria que discutiu as repercussões trazidas diante desse processo de reorganização, evidenciou-se prejuízos na adesão ao tratamento da hipertensão e aumento de complicações e óbitos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A não totalidade dos cadastros e da estratificação de risco dos hipertensos, assim como a dificuldade na articulação com a assistência especializada e a baixa oferta de ações promocionais contribuíram para a baixa efetividade da assistência. A busca ativa, a vacinação, o atendimento com hora marcada e o uso de tecnologias foram fundamentais para a retomada das atividades e para a realização dos cadastros e estratificação de risco, embora a vacinação

tenha gerado sobrecarga da enfermagem mostrando uma falha na operacionalização da campanha. A desigualdade percebida no modo de trabalhar das equipes aliada a falta de informação sobre os indicadores foi outro empecilho encontrado. O reconhecimento pelos profissionais da importância dos cadastros e da estratificação de risco é um ponto favorável. Ficou evidente a fragilizada da APS.

Palavras-chave: COVID-19; Hipertensão Arterial Sistêmica; Acesso aos Serviços de Saúde; Condições Crônicas; Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

The pandemic of COVID-19 represents one of the greatest recent health challenges. There was a need to reorganize the work process of the Primary Health Care teams in order to meet both the demand for mitigation of the cases of COVID-19 and to maintain the regular supply of its actions. **OBJECTIVE:** To understand the work process in the Family Health Strategy regarding the assistance to Systemic Arterial Hypertension in the city of Floriano-PI, in the context of the pandemic of the new coronavirus, focusing on the changes that occurred and the new work arrangements. **METHODOLOGY:** This is narrative research with a qualitative approach carried out with ten professionals from the Family Health Strategy of Floriano-PI, through interviews. The analysis of information was performed according to the Content Analysis technique proposed by Laurence Bardin, from which three categories emerged: Reorganization of the work process for monitoring of hypertensive patients: before and during the pandemic; Barriers to monitoring of hypertensive patients in the pandemic period; and Repercussion of changes in treatment adherence by hypertensive patients. **RESULTS:** It was noticed the centralization of the PHC teams' actions for drug treatment, little offer of promotion and prevention actions, besides making clear the relevance of issues such as risk stratification of hypertensive patients and the registration of people and families, the need for articulation with other points of specialized care to ensure the completeness of care and the adoption of the use of PPE as a form of protection. In the process of resuming care, it was observed the prioritization of the most severe cases and the dispensing of prescriptions and medications, the active search by community agents, scheduled care by appointment, vaccination against COVID-19, and the incorporation of information technology were strategies used for the resumption of actions. Regarding the obstacles related to the care of hypertensive patients during the pandemic period, the fear of both the team and the population, the loss of the habit of going to the Unidade Básica de Saúde (Basic Health Unit), and the team's overload with vaccinations were highlighted. In the category that discussed the repercussions brought about by this reorganization process, there was evidence of losses in adherence to hypertension treatment and an increase in complications and deaths. **CONCLUSIONS:** The incomplete registration and risk stratification of hypertensive patients, as well as the difficulty in articulating with specialized assistance and the low offer of promotional activities contributed to the low effectiveness of assistance. The active search, vaccination, appointment assistance, and the use of technology were fundamental for the resumption of activities and for the registration and risk stratification, although vaccination

overloaded the nursing staff, showing a failure in the operationalization of the campaign. The inequality perceived in the way the teams work together with the lack of information about the indicators was another obstacle found. The recognition by professionals of the importance of registration and risk stratification is a favorable point. The fragility of PHC was evident.

Keywords: COVID-19; Hypertension; Health Services Access; Chronic Conditions; Primary Health Care

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CDC: Centro de Controle de Doenças

CIEVS: Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde.

COE-COVID-19: Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública

COVID-19: Corona Vírus Disease-19

DAC: Doença Arterial Coronariana

DANT: Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCNT: Doença Crônica Não Transmissível

DCV: Doenças cardiovasculares

DM: Diabetes mellitus

EPI: Equipamento de proteção individual

ESF: Estratégia Saúde da Família

ESPII: Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

PA: Pressão Arterial

PAD: Pressão Arterial Diastólica

PAS: Pressão Arterial Sistólica

RAS: Redes de Atenção à Saúde

Sars-Cov-2: Severe Acute Respiratory Virus

SINAN: Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SG: Síndrome Gripal

SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 CAPÍTULO 1 - MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 A epidemiologia da COVID-19	16
2.2 A atenção primária à saúde e a COVID-19	20
2.3 A hipertensão arterial sistêmica em tempo de pandemia	24
3 CAPÍTULO 2 – CAMINHOS METODOLÓGICOS	29
4 CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	59
ANEXOS.....	62

1 INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro atual, há mais de 2 anos convive-se com uma pandemia que representa um dos maiores desafios sanitários recentes. A partir disso, há a mobilização de recursos científicos, tecnológicos, econômicos e sociais em todo o mundo. O novo coronavírus, designado como *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (Sars-Cov-2), e como *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) — referindo-se a doença —, promove uma infecção aguda em que não há estado crônico de infecção e os seres humanos não são seus hospedeiros naturais (ZHANG, 2020). O primeiro caso do novo coronavírus foi notificado em Wuhan, na China, em 31 de dezembro de 2019 quando foi declarada a Pandemia Mundial no dia 11 de março de 2020 (WHO, 2021).

A COVID-19 afetou todos os aspectos da vida humana, desorganizando sistemas de atenção à saúde em nível internacional, provocando uma crise econômica e social sem precedentes e de dimensões planetárias. A rapidez com que se alastrou globalmente, o seu potencial de contaminação, o baixo conhecimento do vírus e de sua fisiopatologia, bem como a insuficiência das evidências sobre abordagens farmacológicas e a inexistência de vacinas eficazes agregaram complexidade e incertezas às estratégias de seu enfrentamento (MENDES, 2021).

O Brasil e o mundo adotaram medidas de isolamento e distanciamento social como interrupção de aulas e trabalhos presenciais. A doença gerou, além de mortes e hospitalizações, danos emocionais e financeiros que afetaram diferentemente cada grupo populacional. A impossibilidade das relações sociais expressas pela inexistência de visitas nos hospitais, o não direito a despedidas, velórios limitados, o impedimento de reunir pessoas, de se aproximar, tocar as mãos, acolher com um abraço, trouxe repercussões psicossociais relevantes. Da mesma forma os profissionais foram tomados pelo medo, incertezas, cansaço e ausência de respostas às mais diversas inquietações (ZHANG, 2020).

Nos planos de contingência à pandemia no território brasileiro, a recomendação do Ministério da Saúde para pessoas com sintomas compatíveis com a COVID-19 foi a procura pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que gerou processo de reorganização no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), em que ações e serviços foram redefinidos, com significativa redução do escopo de ofertas de ações em saúde, mudanças nos horários de atendimento e fluxo de usuários, além de remanejamento de pessoal (MURAKAMI; ARAUJO; MARQUES, 2022; PEREIRA et al., 2021).

Sem retirar a importância da adequada estruturação da atenção especializada, no âmbito da APS, o posicionamento da gestão foi e é imperativo. Isso no sentido de dotar o sistema de recursos para oferecer a atenção adequada e oportuna para, simultaneamente, enfrentar a epidemia e manter a oferta regular de suas ações.

Nesse sentido, o que se observou em muitas regiões foi a redução da assistência prestada pela APS a idosos e portadores de comorbidades, reconhecidos como grupo de risco, os quais passaram a não buscá-la pelo medo de sair do âmbito residencial. Ao longo da disseminação da pandemia, além das repercussões geradas pelo crescente número de casos da doença, as demandas sociais e de saúde se acumulavam devido à desassistência à portadores de doenças crônicas, aos efeitos sociais e psicológicos do isolamento e perda de renda, assim como a necessidade de ampliar o acesso e a vigilância de novos casos que continuaram ocorrendo após o grande pico de incidência e de mortalidade nos meses de maio e junho de 2020 (TEIXEIRA *et al*, 2020).

Não obstante as atenções voltadas para a pandemia, as doenças cardiovasculares (DCV) continuam sendo causa relevante de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo nos últimos anos, inclusive em países em desenvolvimento como o Brasil. Em 2017, dados completos e revisados mostraram a ocorrência de 1.312.663 óbitos no total, com um percentual de 27,3% para as DCV. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) estava associada em 45% destas mortes cardíacas, sendo o principal fator de risco. Vale ressaltar que a HAS mata mais por suas lesões nos órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos (BARROSO *et al*, 2021).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde apontam que a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 23,9% em 2019 (em 2013, 21,4%), o que corresponde a 38,1 milhões de pessoas, havendo maior proporção de mulheres (26,4%), relativamente aos homens (21,1%). A pesquisa ainda revela que as Unidades Básicas de Saúde foram responsáveis por 46,6% dos atendimentos (BRASIL, 2020a).

A HAS é uma doença crônica não-transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves doenças, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva. A HAS mostra-se de fácil diagnóstico e de tratamento eficaz, seu controle, porém, costuma ser pífio, uma vez que geralmente se apresenta de forma assintomática e requer mudanças no estilo de vida, o que dificulta a adesão aos cuidados. A prevenção contínua é a melhor opção em termos de custo-

benefício, de modo que a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS deve ser o grande foco do Sistema Único de Saúde (SUS) (BARROSO *et al*, 2021).

Um Estudo realizado, nos Estados Unidos, por Santos e Mastrocola (2019), mostrou que mais de 50% das mortes por doença coronária e acidente vascular cerebral (AVC) ocorreram em hipertensos; mais de 60% dos pacientes hipertensos não obtêm controle adequado da pressão arterial (PA) e a falta de adesão ao tratamento contribui de forma significativa para a ocorrência das complicações.

O uso correto do esquema anti-hipertensivo e mudanças no estilo de vida devem manter o bem-estar do paciente de modo a estimular a adesão, o qual só se faz com o protagonismo do hipertenso e abordagem adequada dos profissionais de saúde. Entre os fatores associados a uma boa adesão ao tratamento destacam-se o comparecimento regular às consultas e o recebimento de visitas domiciliares (CARVALHO *et al*, 2021; MEDEIROS *et al*, 2019), premissas que foram prejudicadas no período pandêmico.

Ademais, somado a todos esses fatores foi identificada uma alta prevalência de HAS em casos graves de COVID-19, arrolando-a como patologia considerada fator de risco importante na evolução da doença, associada a desfechos desfavoráveis, assim como sequela decorrente da mesma (YAMADA *et al*, 2022; SANTANA *et al*, 2020).

Dessa forma, quando todos os esforços estão concentrados no controle da pandemia, a desassistência à HAS pode trazer muitos danos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na APS, em que se destaca a inclusão do cuidado às pessoas com hipertensão arterial nos indicadores de saúde no novo modelo de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil, instituído pela portaria GM/MS nº 2.979/2019 (BRASIL, 2019).

Tal programa tem por objetivo monitorar e avaliar o processo de trabalho na APS, por meio da implementação do rol dos indicadores de pagamento por desempenho das equipes de Saúde da Família e das equipes da Atenção Primária; entre os indicadores, encontra-se o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, em que se propõe uma meta mínima de 50% de alcance (BRASIL, 2021a).

Nesse sentido, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua equipe multiprofissional, é preciso manter o vínculo das pessoas com os profissionais responsáveis pelo cuidado à saúde (AQUINO *et al*, 2020), em que pese principalmente a continuidade do acompanhamento dos pacientes com HAS, a fim de se alcançar as metas propostas pelo Previne Brasil garantindo a qualidade da atenção prestada. Para isso, torna-se evidente a necessidade significativa de operar novos processos de trabalho nas equipes, bem como a efetiva

organização de fluxos e demandas capazes de responder às necessidades em saúde já existentes no cotidiano das equipes e que têm se intensificado no contexto sanitário atual (ENGSTROM *et al*, 2020).

Então, diante do grave quadro epidemiológico que se vivencia atualmente e que possivelmente se estenderá pelos próximos anos; da fragilidade do sistema de saúde brasileiro que a pandemia veio a agravar e desafiar; do risco que a quebra da assistência a HAS pode levar e devido à importância do trabalho desenvolvido pela APS como ordenadora do cuidado, surgiu a inquietação acerca de conhecer os ajustes necessários no desenvolvimento das ações de prevenção e tratamento da HAS implementadas no cotidiano do município de Floriano -PI, diante das limitações advindas da pandemia.

Apesar das recomendações apresentadas pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, sabe-se que a organização da APS se deu de várias formas no território nacional, fazendo-se necessária a discussão de experiências locais e suas implicações na atenção à saúde. Nesse sentido, Teixeira *et al* (2020) descrevem a importância de reconhecer a realidade local, como forma de favorecer a avaliação da implementação das condutas adotadas e possibilitar subsídios para a gestão planejar e implementar ações consentâneas às necessidades de saúde da população, consonantes às políticas públicas atuais, como o Programa Previne Brasil.

Expostas essas premissas, objetivou-se com essa dissertação compreender o processo de trabalho na ESF referente à assistência a Hipertensão Arterial Sistêmica do município de Floriano-PI, no contexto da pandemia do novo coronavírus, com enfoque nas mudanças ocorridas e nos novos arranjos de trabalho.

Desse modo, os resultados trazidos por essa dissertação tornam-se relevantes ao ampliar o reconhecimento sobre o processo de trabalho da APS no controle da HAS diante do enfrentamento da COVID-19, trazendo subsídios importantes para as equipes de saúde da família e gestores. Igualmente consideráveis para a construção de políticas públicas eficazes que garantam assistência cotidiana às pessoas com doenças crônicas perante eventos como a atual pandemia, assim como para a formação profissional, ao identificar entraves e dificuldades a serem resolvidas por meio da implementação de ações de educação permanente, direcionadas e consentâneas aos dados apontados nesse estudo.

O conteúdo da dissertação foi estruturado em três capítulos: Capítulo 1 - apresenta o marco teórico, em que se articulam aspectos epidemiológicos da COVID-19, o papel da atenção primária à saúde no enfrentamento da pandemia e os cuidados com hipertensão arterial sistêmica antes e durante o contexto pandêmico; Capítulo 2- encontra-se os caminhos metodológicos percorridos e o processo de análise; Capítulo 3- apresenta-se os resultados e

discussão a partir das categorias que emergiram durante o processo de análise que foram: reorganização do processo de trabalho para acompanhamento dos hipertensos antes e durante a pandemia; entraves ao acompanhamento do hipertenso no período pandêmico; e repercussão das mudanças na adesão ao tratamento pelos hipertensos.

2 CAPÍTULO 1 - MARCO TEÓRICO

2.1 Aspectos epidemiológicos da COVID-19

A epidemia é a elevação brusca, temporária e significativamente acima do esperado para a incidência de uma determinada doença. Não representa necessariamente um grande número de casos da doença em uma determinada população, mas sim um claro excesso de casos quando comparada à sua frequência habitual. A sua ocorrência relaciona-se com alterações em fatores associados aos agentes (físico, químico ou biológico), hospedeiro e/ou ambiente que constituem a estrutura epidemiológica de uma população em determinado período de tempo e espaço geográfico (MEDRONHO, 2004).

A existência de grandes populações de susceptíveis aliadas às condições extremamente facilitadoras na propagação de um agente no ambiente, determinada por movimentos migratórios, facilidade de transporte, concentração de indivíduos, entre outros, pode determinar um processo epidêmico específico como pandemia, caracterizado por uma ampla distribuição espacial da doença, atingindo diversas nações ou continentes (MEDRONHO, 2004).

Há pouco mais de um século, a gripe espanhola assolou o mundo matando de 30 a 50 milhões de pessoas, representando mais óbitos que os ocorridos diante da Primeira Guerra Mundial. Em 1919, o Brasil recebeu seus primeiros casos. No entanto, as autoridades das cidades litorâneas que receberam os primeiros infectados demoraram a tomar medidas de prevenção e mais tempo ainda para admitir a presença da pandemia, que já destroçava a Europa. Os recursos científicos e tecnológicos eram escassos e o país enfrentava muitos problemas de saúde, resultando em muitas mortes (TEIXEIRA *et al*, 2020).

Tais experiências passadas foram capazes de mostrar a necessidade de elaboração de Planos de Preparação para Enfrentamento de Pandemias, elaborações essas, flexíveis e capazes de dar resposta que o problema requer. Nos últimos 20 anos, o Brasil tem realizado avanços importantes na vigilância epidemiológica. Em 2003, o vírus Influenza A (H5N1) foi a motivação para a elaboração do primeiro Plano de Contingência para Pandemia de Influenza. Esse Plano definiu as diretrizes para o fortalecimento da vigilância epidemiológica do país com a instituição de redes de laboratórios e de unidades sentinelas de síndromes respiratórias agudas graves, rede nacional de alerta e resposta às emergências em saúde, os CIEVS (Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde), além de investimentos na produção nacional de vacina contra influenza. Alguns anos depois, em 2009, a chegada do vírus

Influenza A (H1N1) encontrou uma rede mais estruturada que conseguiu responder com uma vigilância eficiente (CODEÇO *et al*, 2009).

Em 29 de dezembro de 2019, um hospital em Wuhan, na China, admitiu quatro pessoas com pneumonia reconhecendo que as quatro haviam trabalhado no Mercado Atacadista de Frutos do Mar, que vende aves vivas, produtos aquáticos e vários tipos de animais selvagens ao público. O hospital relatou essa ocorrência ao Centro de Controle de Doenças (CDC) da China e os epidemiologistas encontraram mais pacientes vinculados ao mercado. Em 30 de dezembro, as autoridades de saúde da província de Hubei notificaram esses casos (BRASIL, 2020a).

Em 9 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus e, no dia seguinte, a primeira sequência do SARS-CoV-2 foi publicada por pesquisadores chineses. Em 16 de janeiro foi notificada a primeira importação em território japonês. No dia 21 de janeiro os Estados Unidos reportaram seu primeiro caso importado. Ao final do mês de janeiro, diversos países já haviam confirmado importações de casos, incluindo Estados Unidos, Canadá e Austrália (LANA *et al*, 2020).

Em 22 de janeiro, foi ativado pelo Ministério da Saúde, o Centro de Operações de Emergência (COE) em Saúde Pública (COE-COVID-19), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com o objetivo de nortear a atuação do MS na resposta à possível emergência de saúde pública, buscando uma atuação coordenada no âmbito do SUS (BRASIL, 2020a). Em 28 de janeiro, o MS elevou o alerta de emergências para o nível 2, considerando-o como um perigo iminente. No dia 30, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Com casos em 19 países, devido à expansão geográfica do vírus, em 11 de março a OMS declarou que o mundo vivia a primeira pandemia do século XXI (MATTA *et al*, 2021).

A COVID-19 levou menos de três meses para que, no início de 2020, mais de 210 países e territórios confirmassem contaminações, casos da doença e mortes levando ao decreto de pandemia. Esse termo designa uma tendência epidemiológica, indica que muitos surtos estão acontecendo ao mesmo tempo e espalhados por toda parte, cada um deles com intensidades, qualidades e formas de agravo muito distintas, estabelecendo relações com as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, coletivas ou mesmo individuais de cada local (MATTA *et al*, 2021).

A definição de caso foi sendo modificada desde o início da pandemia e de acordo com a última atualização do MS, considera-se caso suspeito (BRASIL, 2021b):

- 1- Síndrome Gripal (SG): Indivíduo apresenta quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre

(mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças considera-se também obstrução nasal e em idosos deve-se considerar critérios de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

- 2- Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório ou pressão ou dor persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto. Em criança considera-se também obstrução nasal, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

A confirmação de casos de COVID-19 pode ser por critério clínico (SG ou SRAG associada à anosmia ou à ageusia aguda sem causa progressiva); critério clínico-epidemiológico (caso suspeito com contato próximo ou domiciliar nos 14 dias anteriores); critério laboratorial em indivíduo não vacinado contra COVID-19 (teste positivo de biologia molecular, RT-PCR em tempo real, TT-LAMP, Imunológico, ensaio imunoenzimático, imunocromatografia, imunoenensaio); critério laboratorial em indivíduo vacinado contra COVID-19 ou assintomático (resultado positivo de exame de biologia molecular pelo método RT-PCR e pesquisa de antígeno); e critério clínico-imagem, na impossibilidade de confirmação por critério laboratorial (presença de alterações tomográficas como opacidade em vidro fosco ou sinal de halo reverso) (BRASIL, 2021b).

Desde o início da pandemia no cenário brasileiro, houve uma preocupação do MS em consolidar dados sobre casos e óbitos por COVID-19, a fim de se conhecer a dinâmica da doença no país e, conseqüentemente, o estabelecimento de políticas para desacelerar o incremento no número de casos. Dado do boletim epidemiológico, publicado em 09 de agosto de 2022, no Brasil totalizava-se em torno de 34 milhões de casos e 689.531 óbitos (BRASIL, 2022a).

Análises epidemiológicas permitiram constatar que casos graves e óbito estão relacionados especialmente a características sociodemográficas e preexistência de comorbidades. Tais como: idade superior a 60 anos, doença renal crônica, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial grave, pneumopatias crônicas graves, anemia falciforme, câncer, obesidade mórbida, síndrome de *Down*, indivíduos imunossuprimidos (BRASIL, 2020b).

Entre as medidas de prevenção indicadas e adotadas ressaltam-se o distanciamento social, etiqueta respiratória, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de

ambientes, isolamento de casos suspeitos e confirmados e quarentena dos contatos dos casos de COVID-19, conforme orientações médicas. O MS recomenda a vacinação conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra o COVID-19. Tais medidas deveriam ser utilizadas de forma integrada, a fim de controlar a transmissão do vírus SARSCoV-2, permitindo também a retomada gradual das atividades desenvolvidas pelos vários setores e o retorno seguro do convívio social (BRASIL, 2021c; BRASIL, 2020c).

A chegada do novo vírus colocou à prova a estrutura de vigilância existente no Brasil, principalmente num momento em que a redução de investimentos no SUS e na pesquisa fragiliza a capacidade de detecção precoce e de resposta. O Brasil, que foi protagonista na epidemia de Zika, precisou acompanhar o avanço de conhecimentos gerados no exterior e preparar-se para as pesquisas e demandas específicas que surgiram no país, incluindo diagnóstico, assistência, prevenção e promoção da saúde (LANA *et al*, 2020).

Dentre os principais desafios cita-se a infraestrutura heterogênea do sistema de vigilância em saúde, com localidades que ainda possuem o preenchimento de fichas de investigação e notificação em papel, que precisam ser acumuladas e digitadas. A falta de validação dos dados no momento do preenchimento dos formulários eletrônicos leva muitas vezes à entrada de dados incorretos que poderiam ser automaticamente corrigidos no momento da digitação. É preciso investir em um novo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), tanto para facilitar a notificação como para permitir a disseminação e análise de dados de uma maneira mais célere (LANA *et al*, 2020).

Os desafios postos em relevo pela pandemia não são apenas sanitários, mas socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, científicos, sobremaneira agravados pelas desigualdades estruturais e iniquidades entre países, regiões e populações. Os grupos populacionais vulneráveis por processos de exclusão social mereceram especial cuidado por estarem mais expostos a uma série de fatores de risco à sua saúde e ao seu desenvolvimento integral (MATTA *et al*, 2021).

Ademais, o fenômeno da velocidade tem se colocado desde o início da pandemia, com a urgência em visibilizar a sua gravidade e em apresentar respostas. Com isso, a comunicação científica ao público foi algumas vezes precipitada. Estudos ainda em avaliação foram divulgados apressadamente e tratamentos ainda não suficientemente testados foram adotados amplamente. A comunicação antecipada gerou divergências e ponderações na comunidade científica, possibilitando que o discurso político se aproveitasse do debate para escolher o discurso conveniente a seus interesses (MATTA *et al*, 2021).

2.2 Papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19

Diante da emergência ocasionada pelo coronavírus, o reconhecimento da pandemia pela OMS e a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), o MS estabeleceu sistematicamente medidas para resposta e enfrentamento da COVID-19. No início, as notícias vindas da China e dos países europeus sobre a letalidade, alta transmissibilidade, acometimentos respiratórios e a conseqüente necessidade de suporte ventilatório, assim como a construção de grandes hospitais de campanha e necessidade de recursos de terapia intensiva, geraram uma grande mobilização de gestores das diferentes esferas governamentais no sentido de responder às demandas da pandemia (TEIXEIRA *et al*, 2020).

Em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde elaborou o primeiro Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus. Tal plano continha recomendações referentes à vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência e assistência farmacêutica. Definiu-se nível de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser configurada em cada nível de resposta, seja alerta, perigo Iminente e emergência em Saúde Pública que leva em consideração vários itens. A saber: transmissibilidade da doença, propagação geográfica; gravidade; vulnerabilidade da população; disponibilidade de medidas preventivas e recomendações da OMS (BRASIL, 2020d).

A alta capilaridade da APS a colocou como ponto estratégico para o enfrentamento diante de outras situações emergenciais, tais como epidemias de dengue, zika, febre amarela e chikungunya, não sendo diferente com a COVID-19. Apostar naquilo que é a alma da atenção primária, como o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves, é estratégia fundamental tanto para a contenção da pandemia, quanto para o não agravamento das pessoas com COVID-19, como relatado na pesquisa realizada por Sarti *et al* (2020).

Segundo Daumas *et al* (2020) e Medina *et al* (2020), uma APS forte, organizada, com pessoal qualificado e em número adequado, atuando de forma articulada com a vigilância em saúde através de fluxos de informação bem definidos, pode contribuir para diminuir a incidência da infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade. Dessa forma, a APS pode desempenhar um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, mantendo e aprofundando todos os seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária.

Foi preciso ainda manter o acesso aos cuidados de saúde para outros agravos priorizando pacientes com queixas agudas não respiratórias e para aqueles com agudização de doenças crônicas, cuja abordagem possa ser feita na APS, com até algumas horas de tratamento e observação clínica, evitando a ida para unidades hospitalares e de pronto-atendimento. Ressaltando também da continuidade de ações preventivas, tais como a vacinação, acompanhamento de pacientes crônicos e grupos prioritários como gestantes e lactentes (ESTRELA *et al*, 2020; DAUMAS *et al*, 2020).

Para garantir o acesso tanto às ações voltadas para a mitigação da pandemia quanto de continuidade do cuidado já oferecido, foi necessário processo de reorganização da APS, que perpassou por inúmeras medidas de ajuste. No enfrentamento da pandemia, é necessário aliar cuidado individual e coletivo, cuidado oportuno de qualidade coordenado na rede, sendo necessária a atuação integrada das unidades de saúde com os territórios, comunidade e seus equipamentos sociais. É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da epidemia se faça de modo a preservar os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária (GIOVANELLA *et al*, 2021).

Para auxiliar nesse momento de incertezas e necessidade de planejamento, a Fundação Oswaldo Cruz elaborou um documento com recomendações para a organização das atividades realizadas pela APS (ENGSTROM *et al*, 2020):

- Evitar aglomeração e contágio nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), se possível definindo profissionais específicos para atendimento de sintomáticos respiratórios.
- Atender pessoas com sintomas respiratórios recentes preferencialmente por meio de contato telefônico. No monitoramento longitudinal, manter a equipe atenta à evolução do paciente, em virtude da possibilidade de baixa saturação de O₂ (sem sintomas) e de agravamento rápido da condição clínica. Realizar ações de cuidado à distância – Teleatendimentos, e quando oportuno, no território, para diminuir a ida dos usuários às UBS, exceto nas situações que requeiram atenção no próprio serviço.
- Diferenciar fluxos de acesso, bem como espaços de espera e de atendimento, para usuários com sintomas respiratórios e/ou outras condições com suspeita de COVID-19, de preferência em espaço arejado e fora da UBS (tendas).
- Reforçar medidas de isolamento e monitorar usuários e grupos sociais com maior risco e vulnerabilidade face à COVID-19.

- Manter atenção aos usuários com maiores necessidades de cuidados contínuos, independentemente da COVID-19, bem como ações de imunização.
- Garantir a segurança dos trabalhadores de saúde e dos usuários (máscaras, álcool gel, avental, luva, água, sabão, desinfecção de ambientes).
- Garantir infraestrutura e manutenção para as UBS, como espaços físicos/tendas, oxímetros, oxigênio de alto fluxo, além de equipamentos de proteção individual e produtos de higiene.
- Realizar ações individuais e coletivas/comunitárias específicas para a COVID-19 a partir das UBS, nas áreas da Vigilância à Saúde (com ênfase na epidemiológica), promoção à saúde, cuidado clínico e gestão compartilhada do cuidado com outros serviços da rede.
- Incentivar e apoiar o isolamento social, principal maneira de reduzir o contágio. Identificar casos suspeitos e contatos domiciliares e, se possível, contatos comunitários nos últimos 14 dias, para recomendar isolamento domiciliar por 14 dias, reduzindo contágios.
- Assegurar o suporte da rede de urgência e emergência (especialmente regulação, transporte por meio de ambulância e remoção pelo Serviço de atendimento móvel de urgência) e a comunicação entre os pontos da Rede.
- Definir, por parte da gestão municipal/regional, a articulação das ações e serviços da rede de atenção que compõe a Linha de Cuidado específica para COVID-19, assim como critérios de encaminhamento.

Esse processo de reorganização da APS aconteceu de formas diversas. A exemplo, Belo Horizonte instalou Comitê de Enfrentamento para assessorar a tomada de decisões do Prefeito. Dentro do plano elaborado, estava a organização do fluxo assistencial na APS, com medidas como segregação do atendimento, em que pacientes sintomáticos respiratórios eram acolhidos na porta de entrada por um técnico de enfermagem e direcionados para sala específica para receberem orientações e atendimento, enquanto pacientes não sintomáticos eram encaminhados para atendimento numa ala específica. Também se decidiu pela adoção de consulta online para casos suspeitos de COVID-19, realizada por especialistas da rede secundária que estavam com uma redução de 80% nas consultas em decorrência do cenário de isolamento social (GUIMARÃES *et al*, 2020).

Em alguns municípios, para a readequação da rede de atenção para atender a pandemia, houve a necessidade de redirecionamento das demandas de rotina de APS para outras UBS, para que algumas se tornassem referência para a atenção exclusiva dos pacientes sintomáticos respiratórios. Ocorreu também realocamento de profissionais dos grupos de risco para

atividades mais seguras, como teleorientação, telemonitoramento/ teleconsulta, teletriagem (TEIXEIRA *et al*, 2020). Para alguns municípios, a desestruturação nas unidades contempladas com a ESF acarretou prejuízos ao atendimento as doenças crônicas, puericulturas e pré-natais. Por outro lado, há relatos de alguns lugares que conseguiram maior integração e abrangência das ações (TEIXEIRA *et al*, 2020).

Como exemplo de proposta de reorganização dos processos de trabalho, em Nova Lima - MG ocorreu o fortalecimento no combate ao novo coronavírus sem, contudo, perder a essência do que é o cuidado da APS. Realizou-se levantamento do público alvo por meio dos registros eletrônicos, cadastros individual e familiar no e-SUS AB e registro manual dos agentes comunitários de saúde (ACS); levantamento dos grupos prioritários, contato telefônico para identificação das demandas; identificação dos pacientes para teleconsulta e realização das teleconsultas. Após o atendimento, se o profissional julgasse necessário consulta presencial, faziam-se atendimento domiciliar (FERNANDEZ *et al*, 2020).

Outro relato sobre a reorganização do fluxo vem de uma região ribeirinha no estado do Amazonas, em que duas unidades de saúde da área urbana tiveram seu atendimento de rotina suspenso e foram designadas como referência para síndromes respiratórias, com atendimento se segunda a segunda e contratação de novos profissionais. As demais unidades permaneceram com serviços essenciais e presenciais e monitoramento por telefone dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Como desvantagem do serviço exclusivo, apontou-se dificuldades no deslocamento e acesso para muitas pessoas, além de desassistir o território para as demais ações de rotina (MATA *et al*, 2020).

Com o avanço da descoberta de vacinas e o início da maior campanha de vacinação da história do Brasil, a APS assume mais um papel de protagonismo. A corrida pela vacina foi um desafio, mas tornou-se viável em razão de investimentos e parcerias realizadas pelos governos de países desenvolvidos, empresas farmacêuticas e instituições não governamentais que buscam vacinas seguras. Como responsabilidade da APS, a campanha de vacinação foi organizada em etapas, seguindo as orientações do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação e dos informes técnicos que foi desenvolvido em princípios similares aos da OMS. Optou-se pela priorização do funcionamento dos serviços de saúde, proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos, seguido da preservação do funcionamento dos serviços essenciais e proteção dos indivíduos com maior risco de infecção (BRASIL, 2021c).

Foi período desafiador haja vista a ambivalência da população brasileira. Por um lado, se concebia a vacina como a contenção definitiva da doença, enquanto uma parcela

populacional assume-se negacionista em relação aos efeitos imunizantes dessas (MOREL, 2021).

Com o avançar da pandemia e melhor controle de casos diante da vacinação da população brasileira, vem surgindo para a APS novos desafios oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão, exigindo cuidados integrados longitudinais, somados ao conjunto de problemas já vivenciados pelas pessoas e que se apresentam no cotidiano dos serviços (SARTI *et al*, 2020).

2.3 Cuidados com a hipertensão arterial sistêmica antes e durante o contexto pandêmico

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT), de origem multifatorial (fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais), caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HA costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos (BARROSO *et al*, 2021).

Os fatores de risco para HAS são idade, etnia (mais frequente em afrodescendentes), sexo (até 50 anos de idade, mais comum em homens), consumo de sal, fatores socioeconômicos, obesidade (principalmente obesidade central), consumo de álcool, sedentarismo (risco 30% maior) e fatores genéticos (SANTOS; MASTROCOLA, 2019). A HAS é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para DCV, doença renal crônica e morte prematura. Associa-se a fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e DM (BARROSO *et al*, 2021).

Segundo a OMS, a prevalência mundial de PA elevada (PAS e/ou PAD \geq 140/90 mmHg) foi de 22% em adultos com \geq 18 anos em 2014. Entre os anos de 2005 e 2015, a mortalidade total associada à PAS elevada aumentou em 16,2%. Além disso, um maior número de óbitos por causas específicas foi associado à PAS elevada, como doença arterial coronariana (DAC) (4,9 milhões, 54,5%), AVC hemorrágico (2,0 milhões, 58,3%) e AVC isquêmico (1,5 milhão 50,0%). Em 2015, a PAS elevada esteve associada a 211,8 milhões de anos de vida ajustados à

incapacidade para uma população adulta estimada de 8,69 milhões. A PAS foi o fator de risco associado à maior carga de doença para ambos os sexos, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, incluindo o Brasil (ESCALABRINI NETO; HAJJAR; KALIL, 2018).

Dados nacionais recentes sobre HAS na população adulta demonstram prevalências que variam em torno de 21% a 46%, sendo os idosos os mais acometidos. De acordo com a pesquisa nacional de saúde 2013, a prevalência de HAS foi de 21,4%, sendo maior em mulheres (24,2%), em idosos acima de 75 anos de idade (55%), naqueles com menor nível de escolaridade (31,1%), de raça/cor preta, residentes na zona urbana (21,7%), no Rio Grande do Sul (24,9%) e na região sudeste (23,3%) (ESCALABRINI NETO; HAJJAR; KALIL, 2018).

De acordo com dados de 2021, nas capitais brasileiras a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 26,3%, sendo de 27,1% entre mulheres e de 25,4% entre homens. Em ambos os sexos, essa frequência aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade (BRASIL, 2022b).

O impacto econômico que a HAS tem para o país está relacionado não só com os gastos com o Sistema Único de Saúde - SUS, mas também com as doenças geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias, e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais. Constata-se que a HAS aumenta progressivamente com a idade (IBGE, 2010).

Tais dados, ao tempo que revelam a magnitude do problema da HAS, apontam para a necessária elaboração de ações voltadas para a prevenção e intervenção. Nesse sentido, em 2002, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) destinado ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e DM atendidos nas redes ambulatoriais do SUS, de modo a garantir melhores condições de saúde e aumento da cobertura dos serviços com melhor resolutividade. O programa envolve ações educativas, trabalhando desde aspectos da doença até o autocuidado (COSTA *et al*, 2020).

O Ministério da Saúde implantou, em 2006, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, chamado de Vigitel. A atualização contínua desses indicadores torna-se imprescindível para o monitoramento das metas previstas no Plano de Ações Estratégicas. Dentre esses fatores de risco destacam-se o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2013a).

Em 2011, foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022, enfatizando ações populacionais para controle das doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas; em 2020, o MS apresentou o Plano de Ações

Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030, denominado Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT). O novo Plano de DANT reflete a importância de serem mantidos no topo das discussões, a prevenção dos fatores de risco, os determinantes sociais da saúde e a (re)organização do cuidado frente ao envelhecimento populacional e políticas econômicas desfavoráveis à universalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2020e).

O acompanhamento efetivo das pessoas vivendo com HAS, deve ser realizado preferencialmente pela APS. Para garantir a integralidade do cuidado, é necessário ainda algum tipo de apoio especializado, em particular do cardiologista e apoio diagnóstico e terapêutico. Nesse sentido, o SUS tem preconizado o arranjo organizacional de redes de atenção e linhas de cuidado com a finalidade garantir assistência integral em todos os pontos de atenção às condições crônicas (TANAKA *et al*, 2019).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e ações de saúde, assim como para a integralidade e qualidade do cuidado a saúde. Uma RAS consiste na organização do conjunto de serviços e ações de Saúde de distintas densidades tecnológicas, como Unidades Básicas de Saúde, unidades de cuidados intensivos, hospitais-dia, ambulatorios de atenção especializada e serviços de atenção domiciliar. Os serviços de APS são a porta de entrada e coordenam o conjunto de respostas às necessidades de saúde da população (MENDES, 2011).

A doença hipertensiva pode ser considerada um "traçador" da Saúde da Família, por ser um agravo priorizado na atenção à saúde do adulto, e, apesar de ser uma doença específica, é também um agravo caracterizado pela necessidade do cuidado longitudinal, característico da APS (TANAKA *et al*, 2019).

No processo de implantação das RAS, a construção de linhas de cuidado apresenta papel relevante, em virtude de expressar os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde e definirem as ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção e sistemas de apoio. As linhas de cuidado normatizam todo o processo da condição de saúde, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença (MENDES, 2011).

O MS recomenda que as ações para o manejo adequado da HAS devem estar sustentadas em três eixos: vigilância da hipertensão com suas comorbidades e determinantes, a integralidade do cuidado e a promoção da saúde. No entanto, desafios como a fragilidade no sistema de referência e contrarreferência e desqualificação no trabalho de generalista do médico

da ESF, podem comprometer a capacidade da APS de ofertar uma atenção integral e coordenada (ALELUIA *et al*, 2017).

No sentido de garantir a integralidade, o tratamento da HAS pressupõe a integração de práticas medicamentosas e não medicamentosas. O tratamento não medicamentoso da HAS consiste em controle do peso e da circunferência abdominal; manutenção de padrão alimentar composto por frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura, cereais integrais, frango, peixes e frutas oleaginosas; redução da ingestão de sal e bebidas alcoólicas; e práticas de atividade física de 5 a 7 dias na semana. O tratamento medicamentoso com monoterapia está indicado para aqueles pacientes com PA estágio 1 e risco cardiovascular baixo e moderado, caso não haja controle dos níveis pressóricos com as medidas não farmacológicas após 3 meses de seguimento. O tratamento deve ser iniciado imediatamente, com combinações de fármacos, nos pacientes portadores de HAS estágios 2, 3 e estágio 1 com risco cardiovascular elevado (SANTOS; MASTROCOLA, 2019).

No entanto, essas demandas de saúde dos pacientes hipertensos não conseguem ser atendidas de forma integral, diante da realidade brasileira de baixa escolaridade, pobreza, trabalhos em ambientes insalubres com remuneração insuficiente e dificuldade para se alimentar com no mínimo 3 refeições diárias. Nesses casos, a qualidade de vida tende a não ser boa e a prevalência de doenças crônicas é maior (ESTRELA *et al*, 2020).

Diante disso, estudos mostram que a atenção ao usuário hipertenso em serviços de APS ainda se resume ao fornecimento de medicamentos, à realização de exames laboratoriais e de consultas médicas. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de reorientar a atuação dos profissionais de saúde, fortalecer as estratégias de promoção da saúde e prevenção das complicações, e organizar a rede de atenção às DCNT na perspectiva da integralidade do cuidado ao usuário vivendo com HAS (GIRÃO; FREITAS, 2016).

Frente ao novo cenário de pandemia, estudos identificaram portadores de DCNT como pertencentes ao grupo de risco para COVID-19, tendo maior chance de agravamento da doença e maior mortalidade, em que se incluem pacientes com diagnóstico de hipertensão (SILVA *et al*, 2021; BRASIL, 2020b). Dados apontam que a DCV é mais frequente em pacientes com COVID-19 e que a taxa de morbimortalidade é alta nesses pacientes. Ainda não foi esclarecido se a DCV é um risco independente ou se é mediado por outros fatores como a idade (ASKIN *et al*, 2020).

Entretanto, diante do cenário pandêmico, o manejo que já era inadequado, centralizado apenas em dispensação medicamentos e consultas sem periodicidade regular, uma vez que a estratificação de risco não é implementada pela maioria das ESFS, tornou-se pior. Houve

suspensão de consultas eletivas e exames, com atendimento priorizado somente para casos de emergência e urgência, com o consequente afastamento dos hipertensos das Unidades Básicas de Saúde, o que interferiu no controle da doença, vulnerabilizando ainda mais essa população.

Somado com o cenário de isolamento e medo, uma série de sentimentos e incertezas levaram a sintomas de ansiedade, depressão, alterações de sono e apetite que acarretaram aumento da PA, elevação da glicemia e outras consequências (ESTRELA *et al*, 2020). Pesquisas como a realizada por Silva *et al* (2021), no estado do Rio de Janeiro, mostram que a pandemia causada pela COVID-19 exerceu influência na elevação nos níveis pressóricos dos pacientes portadores de HAS.

Dessa forma urge a necessidade de que sejam reorganizados os serviços de saúde. O governo traçou algumas ações de modo a diminuir a propagação da doença, como a prorrogação da validade das receitas de medicamentos de uso contínuo para seis meses (reduzindo a busca da UBS com essa finalidade) e a realização de teleconsultas (ESTRELA *et al*, 2020).

3 CAPÍTULO 2 – CAMINHOS METODOLOGICOS

O processo de construção deste trabalho iniciou a partir das inquietações advindas da minha afinidade pelo trabalho já realizado com o grupo de hipertensos. Com a chegada da pandemia e todas as atenções se voltando para a COVID-19, emergiu o interesse em desvelar como a assistência a esse grupo foi organizada diante da pandemia, frente a importância da manutenção da assistência aos hipertensos e necessidade de adaptações diante do medo do desconhecido e da morte.

Trata-se de pesquisa narrativa com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa permite conhecer a fundo as vivências e representações que as pessoas têm das experiências de vida, é entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta. Tem o fim comum de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum (TURATO, 2005).

O fascínio da pesquisa qualitativa é que ela permite a realização de estudos aprofundados sobre uma ampla variedade de tópicos, em termos simples e cotidianos (YIN, 2016).

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Floriano, município brasileiro localizado no interior do estado do Piauí, situado na zona fisiográfica do Médio Parnaíba, à margem direita desse mesmo rio, em frente à cidade de Barão de Grajaú, Maranhão. A cidade conta com uma população estimada de 60.025 pessoas no ano de 2020, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), possuindo cobertura de 100% da ESF, contando com 26 equipes de saúde da família, sendo 19 em zona urbana, 7 em zona rural e possuindo 9192 hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família.

A população da pesquisa abrangeu médicos e/ou enfermeiros e/ou dentistas de equipes da Estratégia Saúde da Família, por serem os profissionais mais diretamente envolvidos na coordenação do cuidado. Utilizou-se a técnica da saturação teórica para definição do número de participantes da pesquisa que consiste em encerrar uma determinada investigação a partir da captação de informações que se repetem (TURATO, 2005).

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ter 2 anos de experiência e estar trabalhando no período da pandemia do COVID-19. Foram excluídos os profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Floriano-PI que estiveram afastados durante o período de pandemia.

Para coleta de informações e dados, foram realizadas entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado nos meses de fevereiro e março de 2022, durante visitas às UBSs pelo

pesquisador responsável, por meio de agendamento prévio com os profissionais de saúde. Primeiramente foi elaborada lista com o nome das UBSs e seguida a sequência dessa para a realização das entrevistas. Após a avaliação da satisfação dos critérios de inclusão os profissionais eram convidados a participar do estudo, momento em que se explicava seus objetivos e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em decorrência da pandemia da COVID-19, foram adotadas medidas de prevenção, garantindo-se a segurança, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes. Foram obedecidas as regras de biossegurança para prevenção da COVID-19, como distanciamento social, utilização de equipamentos de proteção individual (máscara descartável, touca) e utilizado álcool em gel para higienização das mãos (CONEP, 2020).

Foram realizadas 10 entrevistas, sendo oito com profissionais enfermeiros, uma com um médico e uma com um dentista. Os enfermeiros foram mais disponíveis e tinham mais tempo de serviço em relação aos outros profissionais. As entrevistas foram realizadas em sala privativa e com duração de cerca de 10 minutos, gravadas em um *smartphone*. Os participantes foram identificados com a letra “E”, significando entrevistado e um número que corresponde a ordem das entrevistas realizadas.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice B) que foi aplicado pelo pesquisador responsável, contendo nove perguntas abertas que abordaram as seguintes questões: como era desenvolvido o trabalho de atenção aos hipertensos antes da pandemia do COVID-19; como ficou o atendimento aos hipertensos com a pandemia; quais estratégias criadas para manter a assistência aos hipertensos; quais as medidas de precaução adotadas; mudanças na adesão ao tratamento dos hipertensos; as dificuldades na atenção aos hipertensos devido a pandemia; se houve aumento de complicações e óbitos relacionados a hipertensão; o que precisa para se ter uma atenção mais efetiva aos hipertensos; e se alguma ação adotada na pandemia foi considerada por uma boa prática que deve permanecer. Realizou-se ainda perguntas referentes ao perfil dos profissionais entrevistados (profissão, idade, tempo de serviço em ESF e realização de pós-graduação na área de estudo). Uma psicóloga esteve disponível para eventuais necessidades.

Após a realização de cada entrevista foi realizada a transcrição das falas na íntegra de forma manual e deu-se início a sua leitura extensiva para que ocorresse o agrupamento das ideias. A análise das informações foi realizada de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin que traz como proposta o processo de categorização e subcategorização do conteúdo obtido (BARDIN, 1977).

Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias agrupam determinados elementos reunindo características comuns. Assim, podemos concluir que a análise de conteúdo é uma leitura “profunda”, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores (SANTOS, 2012).

A técnica conforme Bardin é dividida nas seguintes etapas:

1. Pré-análise: descrição analítica ou definição do corpus, transformação sistemática dos dados em unidades nos permitindo uma descrição das características do conteúdo.
2. Análise categorial: codificação, enumeração ou quantificação simples de frequência ou análise fatorial com representação em gráficos e diagramas, gerando classificação dos diferentes elementos.
3. Inferência: nesta etapa ocorre a dedução de maneira lógica, descrição e análise das diferentes classes, estabelecendo de maneira consciente uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas, sociológicas, ambiental e física.
4. Interpretação: possibilita retornar ao referencial teórico, buscando embasar a análise dando sentido a interpretação — visto que a interpretação pautada em inferências busca o que está subentendido no significado das palavras para um enunciado mais aprofundado dos discursos.

A partir do processo de análise emergiram três categorias de análise: (re)organização do processo de trabalho para acompanhamento dos hipertensos: antes e durante a pandemia; entraves ao acompanhamento do hipertenso no período pandêmico; e repercussão das mudanças na adesão ao tratamento pelos hipertensos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí – UFDPAR, obtendo aprovação por meio do parecer nº. 5.201.001, e o seguinte Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº. 54248621.2.0000.0192, (Anexo A).

O presente estudo pautou-se pelas determinações da Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, com início da coleta de dados somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e autorização pela Secretaria Municipal de Saúde de Floriano, instituição onde os dados foram coletados.

Foram obedecidos os princípios estabelecidos pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Aos participantes foi apresentada a proposta de participação na pesquisa, e diante da anuência, explicado e entregue para leitura e posterior assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Apêndice A) em duas vias. Foi garantida a confidencialidade e privacidade dos dados. Após devida autorização e assinatura do termo, realizou-se a entrevista com perguntas que contemplam os objetivos da pesquisa.

A identidade dos participantes do estudo foi preservada e as informações que se tem acesso mantidas em sigilo, buscando o mínimo de prejuízos e o máximo de benefícios. Além disso, após a análise dos dados e conclusão dos resultados, tendo sido demonstrado efetividade, buscar-se-á junto aos gestores o preenchimento de lacunas que possam existir na assistência. Por fim, foi respeitado o princípio da justiça, visto que disponibilizaremos os resultados e benefícios da pesquisa a todas as pessoas que participaram do estudo, aos profissionais, gestores em saúde pública para que estes possam utilizar-se dos resultados em suas práticas.

4 CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 apresenta o perfil dos profissionais que fizeram parte do estudo. Observa-se um predomínio de profissionais enfermeiros, com mais de 10 anos de experiência na ESF e com especialização na área.

Quadro 1. Perfil dos entrevistados. Floriano, PI, Brasil, 2022 (n=10)

	N	%
Profissão		
Enfermeiro	8	80,0
Médico	1	10,0
Dentista	1	10,0
Idade		
30 a 40 anos	5	50,0
Acima de 40 anos	5	50,0
Tempo de serviço		
0 a 10 anos	2	20,0
Acima de 10 anos	8	80,0
Especialização em Saúde da Família		
Sim	7	70,0
Não	3	30,0

A seguir são apresentadas as 3 categorias temáticas que emergiram da análise dos discursos dos participantes: (Re)organização do processo de trabalho para acompanhamento dos hipertensos (antes e durante a pandemia); Entraves ao acompanhamento do hipertenso no período pandêmico; e repercussão das mudanças na adesão ao tratamento pelos hipertensos.

(Re)organização do processo de trabalho para acompanhamento dos hipertensos: antes e durante a pandemia

Nas falas dos colaboradores identificou-se que o acompanhamento dos hipertensos antes da pandemia centrava-se na realização de procedimentos de antropometria e aferição de PA, exames laboratoriais, consultas e visitas domiciliares:

O atendimento era acompanhamento de solicitação de exames, avaliação de peso, altura, PA, complicações e doenças relacionadas. E se a pessoa aceitava ou não, visita dos acamados, visita dos hipertensos. E1(02/02/2022)

A zona rural funciona um pouco diferente, não tem como fazer grupos, são muitas localidades. Não tem como reunir todo mundo. E9 (29/03/2022)

A orientação do MS é que no cuidado das pessoas com doenças crônicas, deve ser disponibilizado garantia de acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado. As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, devem ser programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades do usuário. Deve ter disponibilidade de equipe multiprofissional para estratégias conjuntas de intervenção, com atendimento coletivo, ações de educação e estímulo ao autocuidado. A realização da estratificação de risco é fundamental para garantir o atendimento a cada usuário conforme a necessidade (BRASIL, 2013b).

Como apresentado por Boncompagni (2022), o cumprimento da prescrição dos medicamentos não poderia ser a única diretriz, pois minimiza as possibilidades e potencialidades do cuidado, colocando o indivíduo sem condição de interagir, comunicar-se de outras formas diante do medo do desconhecimento inicial dessa doença infecciosa que assombrou e isolou tantas pessoas do convívio social. O processo educativo seria determinante para ajudar no enfrentamento dessa situação.

Diante da enorme prevalência e repercussões para a saúde, para a qualidade de vida e para a economia que as doenças crônicas como a HAS acarretam, é imprescindível a oferta de atenção integral voltado para a sua prevenção e controle. É necessário ainda que haja uma padronização das ações, uma vez que populações rurais devem ter acesso equânime às ações de saúde.

No entanto, o que se percebe é a centralização das ações voltadas para o tratamento medicamentoso, com pouca oferta de ações de promoção e prevenção, evidenciada somente na fala de 3 profissionais:

Era executado a parte de educação em saúde, com palestras, atividades educativas nesse sentido. E2 (09/02/2022)

A gente fazia atividade coletiva com a equipe multiprofissional do NASF. A gente trabalhava sobre alimentação, melhora disso e a atividade física com eles. E4 (08/03/2022)

A pesquisa qualitativa sobre motivações para práticas coletivas na Atenção Básica apontou que a atividade grupal foi compreendida como um importante meio para a promoção da saúde neste nível de atenção, com impacto positivo sobre as condições clínicas, sociais e

afetivas dos sujeitos e, conseqüentemente, na qualidade de vidas dessas pessoas (FRIEDRICH *et al*, 2018).

O processo de análise deixou clara a relevância de assuntos como estratificação de risco dos hipertensos e o cadastramento das pessoas e famílias para o planejamento e organização da assistência devido a sua grande recorrência nas respostas. Ao serem questionados sobre a descrição do trabalho realizado ao acompanhar os hipertensos, foi relatado como empecilho por alguns colaboradores, a inexistência de cadastros dos hipertensos e a não realização da estratificação de risco, agravada com o surgimento da pandemia em que houve a interrupção do atendimento, como descrito abaixo:

Sim, era acompanhado só que ainda não tinha o cadastro de 100% dos hipertensos feitos, porque ainda não tinha cadastro no sistema. Ainda hoje está uma dificuldade, mas não era feito classificação dos hipertensos, só acompanhamento. Aí faltava a desejar, porque sem a classificação e sem cadastro a gente não tinha o controle de quem precisava mais [...] com a pandemia parou total. E1(02/02/2022)

[...] a gente vai depois começar a estratificar o risco dos hipertensos. Vamos conhecer aquele hipertenso que tem um risco maior, trazer ele à UBS. Eu creio que seja melhor de uma forma geral. Até então a gente trabalha de forma aleatória. Dessa forma a gente vai conseguir ver o grupo como um todo. E2 (09/02/2022)

O cadastro individual e familiar é imprescindível, uma vez que cada família em cada domicílio carrega consigo suas diferenças em âmbito geográfico, social e individual. Assim, observa-se a necessidade da criação de prioridades em relação à assistência para cada indivíduo inserido em seu contexto familiar. É função de todos os profissionais da ESF manter atualizado o cadastramento no sistema de informação indicado pelo gestor municipal (BRASIL, 2012).

Assim como o cadastro é muito importante para a análise da situação de saúde, a estratificação de risco apresenta-se como ferramenta relevante para o planejamento assistencial e adequação das medidas a serem alcançadas tanto pelo paciente como pela equipe multidisciplinar. Os usuários hipertensos são classificados como muito alto risco, alto risco, médio e baixo risco, e isso vai ditar a forma como ocorrerá o acompanhamento; se mediante a consulta em domicílio, realizada por médico ou enfermeiro, como nos casos de muito alto risco, se por meio de teleconsulta, ou por telefone ou aplicativo; nos casos de médio e baixo risco, por uma equipe multidisciplinar (BARRA *et al*, 2020).

Percebe-se que a estratificação de risco e o cadastro das famílias é valorizado pelos colaboradores, porém se questiona o atraso da ESF que só agora durante a pandemia está realizando essas ações. Em um cenário em que os cadastros estivessem atualizados no início da

pandemia e a estratificação de risco realizada, o acompanhamento dos casos mais graves e dos que mais necessitavam seria mais efetivo, facilitando o trabalho das equipes e favorecendo a população.

Alguns colaboradores relataram que com o advento do Planifica SUS e do Previne Brasil, houve uma retomada dos cadastros, com conseqüente melhoria no conhecimento das equipes acerca dos indicadores de saúde e adequação do processo de trabalho, como confirmado abaixo:

Aí hoje a gente tá (sic) buscando essa classificação com o planifica que está entrando agora. [...] Quando foi em novembro do ano passado iniciou o monitoramento dos indicadores com o Previne Brasil e olha no sistema. Aí a gente conseguia ver tudo, quantos hipertensos estavam cadastrados, tentar cadastrar os que faltavam e iniciar a classificação agora. Por isso que entregaram o notebook pra (sic) gente fazer. Só que já está com um mês que o sistema está em pane no município. E1(02/02/2022)

Tá (sic) começando agora porque a gente está fazendo os cadastros e estratificando os riscos; através do cadastro e estratificação de risco a gente está conseguindo fazer isso agora. E7 (22/03/2022)

O Planifica SUS é um projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), executado pelo Hospital Israelita Albert Einstein desde 2018 e tem como objetivo ampliar a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) em território nacional, executado com vistas à organização da APS em rede com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) (OLIVEIRA *et al.*, 2021). O município de Floriano está passando pelo Planifica SUS desde 2018, segundo os entrevistados, e o modelo propõe que haja estratificação de risco das pessoas com condições crônicas.

O Previne Brasil é a nova forma de financiamento da APS, que atrela o cumprimento de indicadores ao pagamento por desempenho das equipes de Saúde da Família e das equipes da Atenção Primária. Entre os indicadores encontra-se o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, em que se propõe uma meta mínima de 50% de alcance (BRASIL, 2021a). De acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), em 28 de setembro de 2022, o indicador com a proporção de pessoas com consulta e pressão arterial aferida em Floriano era de apenas 15%, no estado do Piauí de 24% e no Brasil de 18%.

A estratificação de risco também foi retomada quando os participantes foram questionados sobre o que poderia ser feito para melhorar a atenção aos hipertensos, como a resposta mais prevalente entre os profissionais, somados com a classificação familiar e a

melhora nos cadastros, o que demonstra consciência dos profissionais quanto a importância da estratificação de risco comprovado com esses trechos das entrevistas:

Saber quantos são, classificar. É classificar a família, porque não adianta classificar o hipertenso e não ver onde ele está inserido. Aí a gente classifica a família — que é o que estamos fazendo agora. Vamos classificar o hipertenso futuramente e fazer sempre a busca ativa de acordo com cada caso, porque assim a gente sensibiliza mais ele. E1 (02/02/2022)

Vamos conhecer aquele hipertenso que tem um risco maior, trazer ele à UBS. Eu creio que seja melhor de uma forma geral. Até então a gente trabalha de forma aleatória; tem |(sic) os hipertensos que solicitam consulta. E2 (09/02/2022)

Evidencia-se o esforço dos colaboradores para organizarem a atenção aos hipertensos com a realização da estratificação de risco. Em um estudo realizado com 57 pacientes (MENDEZ *et al*, 2018), a avaliação do risco cardiovascular demonstrou a relevância da identificação dos fatores de risco e, conseqüentemente, a necessidade de implementação de ações que visem o controle desses fatores, o que constitui um desafio no manejo adequado da hipertensão arterial.

No processo de análise foi bastante recorrente o relato de que no início da pandemia o trabalho parou total e após o impacto inicial causado pela paralização foram se organizando para continuarem a assistência dando prioridade aos casos mais graves e a dispensação de receitas e medicamentos para que o tratamento da hipertensão não fosse interrompido, como foi citado na fala dos colaboradores exemplificado com os seguintes trechos:

O atendimento foi cancelado, bem no início. Inicialmente ficamos todos isolados, e quando retornamos, atendimento de casos só que realmente necessitam, como por exemplo, no caso do hipertenso, ele tava (sic) sem a prescrição, aí ele veio até aqui para consulta médica, foi avaliado, fez a prescrição, e ela passou a valer 6 meses. E6 (18/03/2022)

Com a pandemia foi fechado o posto, não teve atendimento de início. E7 (22/03/2022)

No primeiro momento teve uma parada, não teve nenhum atendimento de hipertenso, nem a gestante, porque ninguém sabia onde ia chegar. E3 (22/02/2022)

A interrupção do atendimento, de acordo com Almeida e Guimarães Neto (2021), coaduna-se com a orientação inicial do MS frente à pandemia, para a suspensão do atendimento na APS aos pacientes hipertensos, no intuito de minimizar a exposição dos indivíduos ao vírus mediante à diminuição da circulação de pessoas nesses locais.

De acordo com dados do MS, como boa parte dos hipertensos são idosos e muitos possuem outras comorbidades associadas a hipertensão fazendo parte do grupo de risco para casos graves de COVID-19, a recomendação inicial era que permanecessem em casa (BRASIL, 2020c). Diante desse quadro os hipertensos não poderiam deixar de cuidar da sua saúde, terem sua PA sob controle, tomarem suas medicações e assim evitarem outras complicações, porém eles também precisavam de orientação dos profissionais que os acompanham, não apenas orientações dadas pela televisão e redes sociais. Precisavam de apoio e alguns também poderiam necessitar de cuidados diante de um quadro agudo e acabarem por precisar de assistência médica ou até mesmo hospitalar, casos que algumas vezes poderiam ser resolvidos na APS.

Dados extraídos do DATASUS mostram que em 2018 foram registrados 73 óbitos por doenças do parêntese circulatório no hospital de referência em Florianópolis, em 2019 foram 162 óbitos, já em 2020, ano de início da pandemia, esse número caiu para 126, uma redução que precisa ser analisada.

Em relato de experiência, em Belo Horizonte (MG), durante os meses de março e abril de 2020, houve importante queda no número de atendimentos nos serviços de saúde e, diante do temor de uma onda de complicações e problemas relacionados ao descontrole de doenças crônicas, organizou-se uma lista com todos os usuários com condições crônicas e alto risco. Os autores apontam que foi constatado aumento de mais de 20% em óbitos domiciliares – testados por COVID-19 e resultados negativos, com a consequente criação de programa de controle, com um Fluxograma de Monitoramento de Crônicos na APS (GUIMARÃES *et al*, 2020).

Durante as entrevistas também emergiu a necessidade de articulação com outros pontos de atenção especializada para garantir a melhoria da assistência, como exemplificado com essas falas:

Não ficar só ali na atenção básica. Quando a gente solicita um acompanhamento cardiológico, demora muito tempo. Os encaminhamentos demoram muito. Um parecer de um vascular, de um neuro, nefro. Eles têm que pagar particular. Só ganham um salário-mínimo, pra (sic) tirar aquele valor pra (sic) pagar. E9 (29/03/2022)

Um especialista, por exemplo, um cardiologista, também faz falta, a demanda do município é muito grande. E5 (15/03/2022)

O bom funcionamento das RAS depende primordialmente da existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da APS e os especialistas focais. O papel da atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças

crônicas deve ser complementar e integrado a APS, superando a atuação fragmentada e isolada. A partir da estratificação de risco da população adscrita, devem ser construídos processos regulatórios que empoderem as equipes da APS na coordenação do cuidado dos usuários com doenças crônicas. Isso pode ser otimizado por meio de protocolos e diretrizes clínicas, estruturados a partir da construção de uma linha de cuidado. Assim, qualifica-se a demanda aos serviços especializados e garante-se a equidade (BRASIL, 2013).

Diante dos desafios para o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e dos seus fatores de risco no País, o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) na APS, com os seguintes objetivos: qualificar a atenção integral às pessoas com doenças cardiovasculares na APS; dar suporte ao desenvolvimento de ações para prevenção e controle das doenças cardiovasculares; e promover o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, a adesão ao tratamento e a redução nas taxas de complicações, internações e morbimortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2021d).

Acerca das mudanças em seu processo de trabalho diante da pandemia, a maioria dos colaboradores relatou a adoção do uso de EPI por si e pelos pacientes. Principalmente a máscara e a higienização das mãos passaram a fazer parte da rotina dos profissionais após a emergência da epidemia. O distanciamento, cadeira afastada da mesa no consultório, a higienização da sala e a “proteção de Deus” foram outras medidas que também foram citadas.

Uso da máscara, que era obrigatório; falava pouco, uso de álcool gel e Deus protegendo. E1 (02/02/2022)

Utilização dos EPIs. A gente não atende sem máscara. Recebíamos também aventais, só que em menor quantidade. Procurávamos ter uma quantidade de máscara reservada para se alguém chegar sem máscara. E2 (09/02/2022)

Desde que o novo coronavírus apareceu na China, especialistas do mundo todo destacaram a necessidade de equipamentos de proteção individual-EPI e coletivos para profissionais da saúde – que por estarem em contato direto com o vírus estão expostos a um maior risco. Surgiu uma corrida por máscaras, álcool gel, capas de proteção e outros produtos fazendo com que se tornassem difíceis no mercado. Como a APS é a porta de entrada do SUS detendo papel crucial na resposta à surtos e epidemias, não poderia interromper as ações essenciais que realiza, tornando-se imprescindível o uso de EPI de maneira adequada por parte dos profissionais desses serviços.

É muito importante a disseminação do uso das medidas de prevenção junto aos pacientes e acompanhantes, destacando o uso de máscaras, o distanciamento social (mínimo de 1 metro)

e a higiene das mãos com água e sabonete líquido ou preparações alcoólicas. Ademais, os serviços de saúde devem manter ambientes arejados e autorizar a presença de acompanhantes em casos extremamente necessários ou previstos em lei, de modo a reduzir o fluxo de pessoas nos serviços de saúde. Foi recomendado o uso de alertas visuais na entrada dos serviços e em lugares estratégicos com as recomendações de segurança (BRASIL, 2020c).

Felizmente não foi mencionado pelos colaboradores do estudo carência de EPI, nem desassistência por falta desses. Em alguns estudos foi descrito escassez de equipamentos de proteção para os profissionais e dificuldade na aquisição desses materiais interferindo na assistência.

Quando questionados sobre as estratégias adotadas pela ESF para a retomada do acompanhamento diante da pandemia, os colaboradores citaram a busca ativa, o atendimento agendado com hora marcada, a realização dos cadastros individuais e familiares, e a vacinação contra a COVID-19 que ajudou a diminuir o medo das pessoas de voltar a frequentar o posto de saúde e ter contato com os profissionais, como citado abaixo:

A gente fez busca ativa de todo mundo pra (sic) fazerem as avaliações. Porque até eles tinham medo de voltar. Aí com a vacinação no começo de 2021, eles aceitaram mais. E1 (02/02/2022)

Quando a gente sentia falta de um idoso, a gente procurava o agente de saúde, para que entrasse em contato. E5 (15/03/2022)

Uma das atribuições que compete a todos os profissionais da APS é a realização de busca ativa de agravos e situações de importância local, de acordo com as competências descritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nesse momento pandêmico, em que hipertensos deixaram de procurar assistência foi imprescindível buscá-los para evitar complicações à sua saúde, seja através de tecnologias de comunicação (telefone, aplicativo de mensagens) ou através da visita no domicílio. Em relato de experiência na cidade de Florianópolis (SC) foi citado o uso de tecnologias e a continuidade com o trabalho no território através de visita domiciliar, com foco nos pacientes de risco que não usam tecnologias, como alguns idosos ou pessoas de grande vulnerabilidade em situação de rua (SILVEIRA; ZONTA, 2020).

O agendamento das consultas por horário permitiu que não ocorresse aglomeração de pessoas dentro da UBS, assim como foi realizado com a vacinação. Essa estratégia recomendada pelo MS permitiu que as pessoas se sentissem mais seguras devido ao medo de se contaminar no serviço de saúde. No estudo desenvolvido por Almeida e Guimarães Neto

(2021), foi citado como recomendação específica para a UBS suspender atendimentos por grupos em dias pré-determinados, bem como agendamentos futuros, devendo distribuir os atendimentos no decorrer da semana e por horários espaçados.

A vacinação foi extremamente importante para a redução do número de óbitos por COVID-19, possibilitando retorno às atividades presenciais e ao convívio social, reduzindo também o medo da população de procurar os serviços de saúde. Uma pesquisa de grande porte realizada por docentes dos estados da Paraíba e Pernambuco comprovou que as vacinas contra COVID-19 promoveram efetivamente a diminuição gradual do transtorno inerente aos registros diários de óbitos levando a uma maior previsibilidade e menos mortes (ARAÚJO; FERNANDES, 2022).

Percebeu-se que, para os colaboradores, a busca ativa e a realização dos cadastros foram satisfatórias como estratégia para a retomada da população na UBS, assim como a vacinação que quebrou o medo e ainda trouxe a busca da população pela vacina. A vacina permitiu conhecer até mais a população. O atendimento por hora marcada também foi efetivo para evitar a aglomeração trazendo mais segurança para a comunidade.

Outra temática que se evidencia nas falas dos colaboradores acerca das estratégias adotadas, foi a incorporação de tecnologias de informação e comunicação, com destaque para o uso de telefone e aplicativos de comunicação. Porém foram citadas de forma discreta por poucos, como estas citações dos colaboradores:

A agente de saúde avisava por telefone, foi muito bom porque todo mundo tinha grupo de *WhatsApp*; o telefone foi muito bem usado. Até hoje quando vão avisar uma consulta que foi marcada ou desmarcada, sempre no telefone. E3 (22/02/2022)

Como as visitas domiciliares foram suspensas no começo, a gente abriu um canal de comunicação muito grande pelo telefone. De repente eles mesmos mandavam mensagem para mim e a gente procurava atender todo mundo. E5 (15/03/2022)

Embora não tenha sido encontrado nos discursos dos profissionais, a telemedicina figura entre as opções utilizadas durante a pandemia, sendo o que minimizou os efeitos do distanciamento da população nos serviços de saúde. A inclusão do teleatendimento na saúde teve avanços significativos a partir da década de 1990, com o surgimento da internet e de tecnologias remotas. Em 2007, a Portaria nº 35 GM/MS instituiu o Programa Nacional de Telesaúde, que em 2011 passou a ser chamado “Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes”, para apoiar a APS. O programa integrou gestores de saúde, instituições formadoras de

profissionais da saúde e serviços de saúde do SUS, por meio da oferta de ações de telediagnóstico, teleconsultoria e teleducação (BRASIL, 2011).

Em meio à pandemia, as teleconsultas foram permitidas para algumas áreas da saúde como medicina, fonoaudiologia, psicologia e enfermagem, em condições específicas ou com algumas restrições. De acordo com Lana *et al* (2020), em seu trabalho sobre a teleconsulta de enfermagem na pandemia, aponta-se que a reformulação da assistência prestada por meio da teleconsulta no domicílio possibilitou repensar a APS, uma vez que o uso de tecnologias foi uma experiência positiva para o profissional, aumentando suas habilidades para o cuidado e potencializando as ações, da mesma forma para o paciente que terá suas necessidades atendidas com segurança.

Em relato de experiência ocorrido na cidade de Belo Horizonte realizado por Guimarães *et al* (2020) foi descrito que a teleconsulta mostra que veio para ficar e que agora é o momento de incentivar essa prática no dia a dia da APS, tanto com pacientes com COVID-19, quanto com os crônicos, e que este é um legado que a pandemia deixará. Belo Horizonte se mobilizou para viabilizar as certificações digitais, a fim de tornar mais eficiente o sistema de teleconsultas.

O uso das tecnologias no município de Florianópolis poderia ter sido mais explorado pelas equipes da ESF nesse momento de distanciamento possibilitando manter um cuidado contínuo e mantendo a aproximação da equipe com a comunidade.

Entraves ao acompanhamento do hipertenso no período pandêmico

Os profissionais relataram alguns entraves importantes na condução do acompanhamento ao hipertenso durante a pandemia. Entre as principais dificuldades que emergiram a que mais se destaca nas falas dos profissionais foi o medo, seja do paciente ou do próprio profissional frente a uma doença desconhecida:

Tentar fazer com que eles voltem depois daquele medo né (sic), porque era um risco maior. E aí com as 3 doses, começaram a voltar. E1 (02/02/2022)

A primeira é que muitos não buscaram a UBS, às vezes passavam mal, com a pressão alta, tinham muito medo de sair de casa. E2 (09/02/2022)

Evidencia-se, pois, a ocorrência de uma pandemia do medo e do isolamento. Como dito em trabalho publicado por Ornel *et al* (2020), sobre os impactos da pandemia, o medo aumenta os níveis de ansiedade e estresse em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas

daqueles com transtornos psiquiátricos pré-existentes numa pandemia. Grupos específicos como idosos, imunocomprometidos, pacientes com condições clínicas e psiquiátricas prévias podem sofrer por fazerem parte de grupos de risco, assim como familiares de pacientes infectados e residentes de áreas de alta incidência podem ter medo também de discriminação social. O dano desse impacto emocional é incalculável e pode repercutir também no agravamento da hipertensão e surgimento de complicações pelo medo de procurar serviços de saúde.

A justificativa da saúde pública para a adoção de medidas de distanciamento social consistiu em minimizar a exposição dos indivíduos. No entanto quando se trata de grupos de risco, que necessitam de avaliações e supervisões essenciais, cabe adotar estratégias de suporte a tais necessidades. O olhar do profissional na consulta tem como estratégia fundamental manter sob controle os fatores de risco que contribuem para o desequilíbrio da HAS e DM como: proporcionar adequação aos estilos de vida dos usuários, estimular as atividades físicas dentro das possibilidades do momento atual, garantir trabalho multidisciplinar que contribui para redução do peso e evitar o tabagismo (ALMEIDA; GUIMARÃES NETO, 2021).

Outro entrave comentado pelos colaboradores foi que houve dificuldades na retomada das ações de acompanhamento dos hipertensos devido a perda do hábito de ir até a UBS diante da restrição de acesso pelo fechamento inicial dessa, como explicitado nas falas:

Aos poucos eles estão retornando, porque perderam o hábito de vir ao posto. A maioria dos hipertensos são idosos, perderam o hábito de vir, só procuram quando estão sentindo alguma coisa ou para fazer exame. E7 (22/03/2022)

Com a pandemia foi fechado o posto — não teve atendimento de início. Aos poucos eles estão retornando, porque perderam o hábito de vir ao posto. E7 (22/03/2022)

Outra dificuldade para a assistência ao hipertenso relatada nas entrevistas foi a sobrecarga da equipe, com ênfase na enfermagem, relacionada à implementação da vacinação contra o COVID-19 que passou a ser o foco das ações:

Nunca foi perfeito, mas se tornou mais falho ainda e continua até hoje, porque a vacinação tirou o nosso sono, tomou a nossa vida, todos ficaram num pico de estresse exacerbado. A vacinação, sinceramente, nesse último ano foi o que mais tomou conta da nossa vida. E4 (08/03/2022)

Porque no início a gente fez nenhuma (sic) ação por conta da vacinação da COVID, a gente trabalhava exclusivamente com vacina. E7 (22/03/2022)

Desde o lançamento do Programa Nacional de imunização, a Enfermagem é responsável pela vacinação. Com a chegada da vacina da COVID-19 em janeiro de 2021, a vacinação foi definida como prioridade para a preservação do funcionamento dos serviços de saúde. Os objetivos foram a proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolver formas graves da doença, a proteção dos demais indivíduos vulneráveis aos maiores impactos da pandemia, seguidos da preservação do funcionamento dos serviços essenciais (BRASIL, 2021c).

Todos os esforços foram voltados para vacinar a população-alvo. A procura foi muito grande, tendo que haver organização quanto ao agendamento, organização por etapas, esclarecimentos, combate às informações falsas, e isso acabou sobrecarregando a enfermagem (SOUZA *et al*, 2021).

De acordo com relato de experiência descrito no município de Cajueiro da Praia, no estado do Piauí, por Calçada e Calçada (2021), a campanha foi exaustiva e extensa para o enfermeiro da ESF, profissional responsável pela sua execução. Foi ressaltado também a importância do trabalho em equipe e a dificuldade com os sistemas de informação.

A dificuldade devido à sobrecarga com a vacinação também foi citada nessa fala pelo profissional que usaria como estratégia a vacinação para verificar a pressão:

Estratégia, assim, foi pensado durante a vacinação, quando essas pessoas viessem aqui seria verificado a pressão, mas nem isso foi conseguido pela equipe, porque estavam realmente sobrecarregados, muita gente, a princípio; hoje está mais ameno, e aí foi chegando outros grupos. E4 (08/03/2022)

Em pesquisa sobre a vacinação desenvolvida em Santa Catarina por Souza *et al* (2021), destacou-se como potencialidades a atuação em equipe, maior ânimo, motivação, a aplicação de ações inovadoras como *drive-thru*, o agendamento on-line para vacinação, o resgate da busca ativa, e a imunização em domicílio. Como fragilidades foram apontadas falta de comunicação efetiva, dificuldades com os registros, aplicação das vacinas, escassez de profissionais e de formação específica para atuação na campanha. Ainda destacaram o movimento antivacina e o intenso trabalho diante da realidade de uma campanha longa.

A tão esperada vacina – que nos trouxe esperança e diminuiu consideravelmente o número de óbitos – acabou se tornando para algumas equipes do município de Florianópolis um empecilho a continuidade da assistência. Diante da falta de organização das equipes com os cadastros, a organização da vacinação também foi prejudicada. Tais fatores fornecem subsídios para operacionalização dessa campanha que já tem mais de 2 anos e para a organização de outras.

Repercussão das mudanças na adesão ao tratamento pelos hipertensos

Boa parte dos colaboradores da pesquisa relatou prejuízo na adesão ao tratamento da hipertensão associado à descontinuidade do comparecimento a consultas regulares de avaliação e às mudanças do período pandêmico, como observado nesses trechos das entrevistas:

Com relação a adesão ficou assim falho no contato, uma área que grande parte é de idosos, a equipe perdeu o “fio da miada” (sic). Recentemente visitei uma senhora que relatou que o médico acrescentou um medicamento e ela resolveu não tomar. Ela chegou com pico hipertensivo, sem sentir nada. E4 (08/03/2022)

Receita bem antiga, eles diziam que estavam com medo de ir ao posto. Alguns pararam de tomar o remédio. E2 (09/02/2022)

Estudo resultante de pesquisa de campo realizada no Rio de Janeiro por Silva *et al* (2021), evidenciou que, durante a pandemia, houve elevação dos níveis pressóricos dos pacientes avaliados, isso, dentre outros fatores, decorrente da descontinuidade do cuidado e falta de acompanhamento, consequentes do isolamento social.

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas de rotina. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Vários fatores podem influenciar na adesão como sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, cronicidade da doença, ausência de sintomas, crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, desconhecimento, autoestima, custo, efeitos indesejáveis, acesso aos serviços de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento e o relacionamento com a equipe de saúde (DOSSE *et al*, 2019).

O que aconteceu no município de Florianópolis se repetiu em outras regiões, como citado em estudo realizado no Estado de Pernambuco por Conceição *et al* (2021), no qual percebeu-se que antes da pandemia a adesão ao tratamento da HAS era considerada regular/boa. Após o surgimento da pandemia ocorreu redução significativa por parte dos idosos na busca por tratamento, até mesmo daqueles que possuíam o hábito de frequentar a UBS antes.

De acordo com Boncompagni *et al* (2022), o controle e a prevenção dos agravos crônicos impactam positivamente na diminuição dos índices de internação e na sobrecarga de atendimentos médicos de emergência devido a complicações agudas.

A não continuidade de atividades coletivas também é vista como entrave à assistência. Ela impacta de modo negativo a adesão ao tratamento da hipertensão e certamente teria uma

enorme contribuição nesse período pandêmico deixando esse grupo de doentes mais bem informados, protegidos e acolhidos.

Apesar da redução na adesão, alguns profissionais relatam que houve pacientes hipertensos que passaram a experimentar maior preocupação, devido ao reconhecimento da hipertensão como fator de risco para a COVID-19:

Não, na verdade, eles ficaram foi (sic) mais preocupados. Eu acredito que como teve uma divulgação muito grande com a história dos grupos de risco, e como eles estavam incluídos, os hipertensos de um modo geral, tiveram mais atenção ao uso da medicação de um modo correto. De um certo modo a gente não pode dizer que teve descontinuidade de tratamento, muito pelo contrário. E5 (15/03/2022)

Até que não, na nossa área, esses hipertensos já são a algum tempo; tem consciência em relação ao medicamento. Acredito eu a gente não teve tanta perda. E9 (29/03/2022)

Com relação a complicações relacionadas à hipertensão e aumento de óbitos no período pandêmico, parte dos entrevistados relataram que não houve aumento, enquanto outros relataram a impossibilidade sobre essa informação pela falta de dados, como descrito abaixo:

Não, não que a gente conseguiu identificar. No início como eu falei, eu não tinha essa classificação, eu não tinha uma quantidade certa de hipertensos para fazer esse balanceamento se complicou ou não, mas assim (sic) poucos vem com complicação e são internados, que a gente saiba. A maioria é porque não adere o tratamento, mas são pouco casos. E1 (02/02/2022)

Esse dado para quantificar não tenho como dar, mas eu creio que tenha aumentado. Muito hipertenso chega com a pressão mais alta. As hospitalizações a gente também percebe, os agentes de saúde chegam pra (sic) nós e falam que fulano de tal, hipertenso teve um AVC, ou precisou ir ao hospital com crise hipertensiva E2 (09/02/2022)

Em revisão integrativa realizada por Santana *et al* (2020), foi identificado que em relação aos fatores de risco para morte hospitalar pelo novo coronavírus, foi detectado que 48% dos pacientes apresentavam comorbidades, sendo a hipertensão a mais comum (30%). O número de óbitos e de complicações são indicadores muito importantes para o planejamento das ações de cuidado aos hipertensos.

Em outra revisão de literatura realizada por Lopes *et al* (2021), a hipertensão arterial tem associação significativa com a gravidade e mortalidade da COVID-19. Os pacientes hipertensos e infectados pelo coronavírus podem apresentar severas manifestações clínicas e complicações em órgãos-alvo – isso se deve à ligação entre o vírus e o receptor ECA II. Outro destaque também é o baixo nível de linfócitos em hipertensos. Ademais, os estudos mostram

que o tratamento anti-hipertensivo parece não agravar a infecção pelo SARS-CoV-2. O uso dos fármacos anti-hipertensivos, por hora, não deve ser interrompido, pois as evidências atuais não são consistentes quando relacionam a terapia com o risco de má evolução pela COVID-19.

Essa informação mostra tanto a desigualdade no modo de trabalhar das equipes quanto a organização dos indicadores e das informações nesse período em que o número de óbitos, complicações por baixa adesão ao tratamento, relação da infecção por COVID-19 com óbitos e dados epidemiológicos são tão importantes. Nunca se falou tanto de indicadores e de epidemiologia como nesses últimos 2 anos.

Na revisão de literatura realizada por Boncompagni *et al* (2022), os autores concluíram que não era possível quantificar os impactos da pandemia a longo prazo na vida desses pacientes e da população em geral, mas, a curto prazo, foram identificados prejuízos no que se refere ao acompanhamento de indivíduos com hipertensão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado aos hipertensos realizado pela Estratégia Saúde da Família do município de Floriano era realizado de forma desigual pelas equipes, poucas realizavam atividades de promoção da saúde como atividades grupais, o cadastro dos hipertensos estava desatualizado, a estratificação de risco praticamente não existia e a AAE era falha. Percebe-se uma lacuna na assistência que acaba por concentrar-se na dispensação de medicamentos e realização de exames.

A pandemia da COVID-19 encontrou no município de Floriano-PI uma APS fragilizada que enfrentou obstáculos para manter suas ações nesse período crucial. A não totalidade dos cadastros e da estratificação de risco dos hipertensos dificultou a efetividade da assistência a esse grupo. De fato, uma equipe em contato com a população na rotina diária conhece as características daqueles assistidos por ela, além de conseguir manter a assistência. Porém, pode haver falhas no planejamento das ações, como observado com a redução na adesão ao tratamento da hipertensão, somada as limitações impostas pelas recomendações do MS que manteve a população isolada e o medo da contaminação que invadiu a vida de todos trazendo muitas consequências.

A priorização dos casos mais graves e a dispensação de receitas e medicamentos para que o tratamento não fosse interrompido, protegendo o grupo, foram medidas consideradas aceitáveis, porém muito mais poderia ter sido feito por esse grupo. São fundamentais o contato, a aproximação e o acompanhamento regular, mesmo com distanciamento, máscaras e limitações, uma vez que o atendimento personalizado e o vínculo com a equipe são essenciais para a adesão e a satisfação da comunidade. Da mesma forma, diante de tantas notícias falsas, a orientação oriunda da sua equipe tem um enorme valor.

A busca ativa, a vacinação e o atendimento com hora marcada e o uso de tecnologias como telefone e aplicativos de mensagens como *Whatsapp* foram fundamentais para a retomada das atividades e para realização dos cadastros e estratificação de risco. Da mesma forma, o uso das tecnologias como a teleconsulta poderia ter sido mais explorado pelas equipes da ESF nesse momento de distanciamento. A vacinação chegou como uma esperança e trouxe a redução do medo da contaminação e um alívio com a retomada gradual do convívio social, e possibilitou uma grande aproximação da população com a APS.

A sobrecarga da enfermagem com a vacinação mostra uma falha na operacionalização da campanha diante da realidade do município de Floriano. A falha nos cadastros, a fragilidade

dos sistemas de informatização e talvez o déficit de profissionais capacitados possivelmente tenham contribuído.

A interrupção total de ações promocionais e coletivas impacta na adesão ao tratamento da hipertensão. Caso fossem realizadas e tivessem continuado no período pandêmico, certamente teria uma enorme contribuição no período pandêmico deixando esse grupo de doentes mais bem informados, protegidos e acolhidos.

A desigualdade percebida no modo de trabalhar das equipes aliada a falta de informação sobre os indicadores, como o número de óbitos, de complicações da HAS e da relação da infecção por COVID-19 com óbitos mostrou outra dificuldade para a APS. Os profissionais e gestores precisam conhecer esses dados importantes para o planejamento das ações.

O reconhecimento pelos profissionais da importância dos cadastros e da estratificação de risco para a atenção aos hipertensos é um ponto favorável da pesquisa que deve ser reforçado, assim como o incentivo às atividades coletivas e a utilização das tecnologias que facilitem o trabalho da APS, não excluindo a importância do contato presencial.

Não houve grande dificuldade na realização da pesquisa. O principal empecilho foi o número de profissionais com pouco tempo de atividade nas equipes, já que haviam assumido um concurso no município há pouco tempo. A pesquisa se deu em um momento mais tranquilo: todos já haviam recebido a segunda dose da vacina e os casos de óbitos diminuído.

Os entraves revelados na pesquisa precisam ser corrigidos a fim de fortalecer a assistência aos hipertensos como também preparar a APS para a possibilidade de novos contratempos como a pandemia da COVID-19, que ocorreu de forma tão rápida e intensa a nível mundial. Mais estudos precisam ser desenvolvidos para dimensionar o prejuízo da falha na adesão ao tratamento da hipertensão e melhor estruturar o sistema de vacinação em Floriano e em outros municípios.

Ficou evidente que a pandemia encontrou uma APS fragilizada e se transformou numa oportunidade para avaliação da organização dos sistemas de saúde em todo o mundo.

REFERÊNCIAS

- ALELUIA, I.S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 22, n. 6, p.1845-56, 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/coordenacao-do-cuidado-na-atencao-primaria-estudo-avaliativo-em-municipio-sede-de-macrorregiao-do-nordeste-brasileiro/16131?id=16131>. Acesso em: 22/04/21
- ALMEIDA, T. A. ;GUIMARÃES NETO, M. G. O Hiperdia no Contexto da Pandemia da COVID-19. **Journal of Multiprofessional Health Research**; v. 2, n.47, p. 47-57, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/dayan/Downloads/10-Main%20manuscript-142-1-10-20210128%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/dayan/Downloads/10-Main%20manuscript-142-1-10-20210128%20(4).pdf) Acesso em: 16/06/2022.
- AQUINO, E. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 25, p. 2423-46, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020> . Acesso em: 22/05/2105.
- ARAÚJO, F.H.A.; FERNANDES L.H.S. Lighting the populacional impacto of COVID-19 in Brazil. **Revista Fractals**; v. 30, n.03, 2022. Disponível em: worldscientific.com/worldscient/fractuals. Acesso em 18/08/2022.
- ASKIN, L.; HUSNA, O.T.; ASKIN, H. The Effect of Coronavirus Disease 2019 on Cardiovascular Diseases. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v. 114, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200273> . Acesso em 15/05/21.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977
- BARRA, R.P. *et al.* A importância da gestão correta da condição crônica na atenção primária à saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. **APS EM REVISTA**; v.2, n.1, p. 38-43, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/64>. Acesso em: 26/08/2022.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 DOI: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v. 116, n.3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 01/04/21
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso: em 10/08/2022.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **VIGITEL Brasil 2021**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento do APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

_____. Ministério da Saúde **Saiba como é feita a definição de casos suspeitos de COVID-19 no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-be/coronavirus/artigos/definicao-e-casos-suspeitos> . Acesso em: 10/08/2022.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3008, de 4 de Novembro de 2021**. Institui a Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020a. 113p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica - emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus** . Brasília: Ministério da Saúde. 2020b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1565, de 18 de agosto de 2020**. Estabelece orientações visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e a promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf> . Acesso em 12/05/2020

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde. 2013b.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

BONCOMPAGNI, L. M. *et al.* Impactos da Pandemia da COVID-19 na assistência de enfermagem aos pacientes hipertensos e diabéticos na Atenção Primária à Saúde: revisão de Literatura. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**; v.3, n. 1, p. e311055, 2022. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1055>. Acesso em: 14/07/2022.

CALÇADA, I.C.M.; CALÇADA, D. B. Os desafios enfrentados pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na vacinação contra COVID-19 no município de Cajueiro da Praia-PI. **Revista Multidisciplinar em Saúde**; v.2, n.4. 2021. Disponível em: <https://editoraim.com.br/revista/index.php/rem/s/article/view/3051> Acesso em: 15/07/2022.

CARVALHO, B.L. *et al.* Adesão à terapêutica anti-hipertensiva: revisão integrativa. **Rev Enferm Contemp.**; vol.10, n.1, p. 143-57, 2021. doi: 10.17267/2317-3378rec.v10i1.2881

CODEÇO C.T. *et al.* The epidemic wave of influenza A (H1N1) in Brazil, 2009. **Cad Saúde Pública**; v.28, p.1325-36, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2012.v28n7/1325-1336/>. Acesso em: 05/05/21.

CONCEIÇÃO, C.M. *et al.* A percepção do enfermeiro na atenção básica em relação a adesão ao tratamento anti-hipertensivo com idosos em meio a pandemia do COVID-19 em um município no interior de Pernambuco. **Brazilian Journal of Development**.; v.7, n.7, p. 75330-43. 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/33625/pdf> . Acesso em: 19/08/2022

COSTA C. G, *et al.* O Papel do enfermeiro na garantia da saúde do idoso no programa Hiperdia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**; v. 12, n.10, P. e407930, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4079/3038>. Acesso em: 29/07/2022.

DAUMAS, R.P *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**; v.36, n.6, p.1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.150/0102-311X00104120>. Acesso em: 01/08/21.

DOSSE, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**.; v. 17, n. 2, 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2814/281421907010/>>. Acesso em: 13/03/2019

ESCALABRINI NETO, A.; HAJJAR, L.A.; KALIL FILHO, R. **Cardiologia Diagnóstica Prática** – Manual da Residência do Hospital Sírio Libanês. São Paulo: Manole, 2018.

ENGSTRON, E. *et al.* **Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19.** Observatório Covid-19 - Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19> . Acesso em 29/04/21.

ESTRELA, F.M. *et al.* . COVID-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. **Revista baiana de enfermagem**; v. 34, p.e36559, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.36559> Acesso em: 11/08/2021.

FERNANDEZ, M. *et al.* Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **APS em revista**; v. 2, n. 2, p. 114-21,2020.

FRIEDRICH, T.L. *et al.* Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepções de usuários e profissionais. **Interface**; v.22, n.65, p. 373-85, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/1807-57622016.0833. Acesso em: 19/08/2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde debate** ; v. 44, spe4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Acesso em: 09/09/2022.

GIRÃO, A.L.A.; FREITAS, C.H.A. Hypertensive patients in primary health care: access, connection and care involved in spontaneous demands. **Rev. Gaúcha Enferm.**; v.37, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>. Acesso em: 10/08/2022

GUIMARÃES *et al.* A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. **APS em revista**; v.2 ,n. 2, p 74-82, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>. Acesso em: 20/04/2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama dos municípios. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/floriano/panorama>. Acesso em: 20/10/20.

_____. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Divisão de estudos e projeção da população do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050: revisão 2006.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv41229.pdf>. Acesso em: 01/05/2021.

LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 36, n. 3, p.e00019620, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620> Acesso em: 10/05/2021.

LANA, L.D. *et al.* Teleconsulta de enfermagem aplicações para pessoas idosas na pandemia da covid-19. **Enfermagem gerontológica no cuidado ao idoso em tempos da COVID -19.** 2 ed. rev.. Brasília. Editora ABEN, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350340747_Teleconsulta_de_enfermagem_aplicacoes_para_pessoas_idosas_na_pandemia_da_covid-19. Acesso em : 21/08/2022.

- LOPES, R. L. *et al.* Covid-19 e sua relação com a hipertensão arterial sistêmica: uma revisão bibliográfica. **Revista Acervo Saúde**; v.13, n.11, p.e9230, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e9230.2021> Acesso em: 10/08/2022.
- MATA, M. M. *et al.* A experiência da reorganização da Atenção Primária à Saúde – APS e trabalho dos agentes comunitários de saúde frente à COVID-19 em um município do interior do Amazonas. **Journal of Management & Primary Health Care**; v. 12, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1014> . Acesso:
- MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da COVID 19 no Brasil:** populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320> . Acesso em: 20/05/2021
- MEDEIROS, M.J.L et al. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo na atenção básica: revisão integrativa. **Revista Saúde e Ciência Online**; v. 8, n. 1, p. 111-28, 2019. Disponível em: <https://www.rsctemp.sti.ufcg.edu.br/index.php/RSC-UFCG/article/view/458/425>. Acesso em: 18/04/2022
- MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720> Acesso em: 01/05/2021
- MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- MENDES, E.V. **O lado oculto de uma pandemia:** a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. 2021 Disponível em: [file:///C:/Users/dayan/Downloads/TERECEIRA%20ONDA%20COVID%20EUGENIO%20VILA%20C3%87A%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/dayan/Downloads/TERECEIRA%20ONDA%20COVID%20EUGENIO%20VILA%20C3%87A%20(1).pdf). Acesso em: 12/04/2021.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDEZ, R.D.R. et al. Estratificação do Risco Cardiovascular entre hipertensos: influência de Fatores de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v. 71, n. 4, p. 1985-91, 2018. Disponível em: <http://dx/doi/org/10.1590/0034-7167-2017-0528>. Acesso em: 15/06/2022.
- MOREL, A.P.M. Negacionismo da COVID-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trab. educ. saúde**; v.19, p.e00315147, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>. Acesso em: 01/09/2022
- MURAKAMI, M.N; ARAUJO F.J.; MARQUES, C.P. A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**; v.8, n.2, p.12232-51, 2022. Disponível em: DOI:10.34117/bjdv8n2-252. Acesso em: 26/07/2022
- OLIVEIRA I. E. *et al.* PlanificaSUS como estratégia para fortalecimento da atenção primária à saúde e organização de redes de atenção à saúde no brasil. In: **Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde**. Campinas, 2021. Disponível em: <<https://proceedings.science/cbppgs-2021/papers/planificasus-como-estrategia-para->

fortalecimento-da-atencao-primaria-a-saude-e-organizacao-de-redes-de-atencao-a-saude-n>
Acesso em: 09 jun. 2022.

ORNELL, F. *et al.* Pandemia de Medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debate em Psiquiatria**; v.10, n.2, p.12-17, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-10-2-2>. Acesso em 22/06/2022.

PEREIRA, A.A.C. et al. Reorganização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19. **J Manag Prim Health Care**; v.13, p.e024, 2021. Disponível em: <https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/1136>. Acesso em: 02/08/2022

SANTANA, V.V.R.S et al. Fatores de risco para o agravamento da COVID-19 em indivíduos jovens. **Enfermagem em foco**; v.11, n.2, p. 37-45. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3523> Acesso em: 20/07/2022.

SANTOS, E. C. L.; MASTROCOLA, F. **Cardiologia** – CardioPapers. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**; v.6, n. 1, p.383-7, 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em 27/10/20.

SARTI, T.O. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da Pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv.;** v.29, n.2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpFw/?lang=pt&format=pdf> Acesso em:08/08/2022.

SILVA W.B.H. *et al.* O que a pandemia da COVID-19 fez com a pressão arterial sistêmica? **Global Academic Nursing Journal**; v.2, n.2, p. 105, 2021. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/208>. Acesso em: 06/06/2022.

SILVEIRA, J. P. M.; ZONTA, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS em revista**; v.2, n.2, p. 91–6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.122> Acesso em: 15/08/2022.

SOUZA, J.B. et al. Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v.55, 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0193> Acesso em 02/08/2022

TANAKA, O.Y. *et al.* Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.24, n.3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.07312017>. Acesso em: 02/08/2022

TEIXEIRA, C. P. *et al* (org.). **COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45540>. Acesso em: 03/03/2021.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**; v.39, p.507-14, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf. Acesso em: 20/04/2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2021.

ZHANG, W. **Manual de Prevenção e Controle da COVID-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang**. São Paulo: PoloBooks, 2020.

YAMADA, W.H.M et al. Complications of COVID-19 in patients with systemic arterial hypertension: an integrative review. **Research, Society and Development**; v. 11, n. 5, p. e52911528646, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28646>. Acesso em: 04/08/2022.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso Editora, 2016.

APÊNDICES

Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa - Em tempos de COVID-19: Atenção Primária à Saúde na prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, sob a responsabilidade dos pesquisadores Francisco Jander de Sousa Nogueira (orientador) e Dayane Cristina de Sousa Rocha. O projeto tem como objetivo avaliar o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família referente à assistência a Hipertensão Arterial Sistêmica do município de Floriano-PI no contexto da pandemia do novo coronavírus; identificar mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde da família frente a pandemia do novo coronavírus; explicar o trabalho desenvolvido pela ESF na prevenção e tratamento da HAS; e compreender os novos arranjos do processo de trabalho na assistência da HAS em contexto da pandemia.

Para a realização dessa pesquisa solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse documento que visa assegurar seus direitos como participante. Sua participação é voluntária, sem custos ao senhor(a), e se dará por meio de entrevista realizada pelo pesquisador responsável na Unidade Básica de Saúde, com agendamento prévio. O tempo estimado da entrevista será de 10 a 15.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, esclarecemos que os riscos dessa pesquisa são de afetar o bem estar ocorrendo constrangimento, incômodo, recusa em participar ou até mesmo quebra do sigilo, acarretando em suspensão da pesquisa. Para minimizar os riscos contamos com o apoio de uma psicóloga, Camila Mesquita Cavalcante Rocha (CRP 21/0631) que estará disponível para eventuais necessidades.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, contribuirá para na ampliação do reconhecimento sobre o processo de trabalho no controle da HAS diante do enfrentamento da COVID-19, com o intuito de auxiliar equipes de saúde da família e gestores na construção de políticas públicas eficazes para a manutenção da assistência cotidiana às pessoas com doenças crônicas perante eventos como a pandemia do coronavírus; subsidiar a identificação de nós na formação profissional e implementar ações de educação permanente, além de servir como fonte de dados para novas pesquisas. Contudo, pode se recusar a responder, podendo desistir de participar em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Todos os resultados dessa pesquisa serão utilizados apenas para a sua execução, cuja finalidade é acadêmico-científica (divulgação em revistas e eventos científicos), e seus dados ficarão sob sigilo e guarda do pesquisador responsável. Também lhe será assegurado(a) o direito de assistência integral gratuita contra quaisquer danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da pesquisa, pelo tempo que for necessário. Caso haja algum dano direto/indireto decorrente de sua participação, não sanado pelo responsável, o senhor(a) poderá buscar indenização por meio das vias legais vigentes no Brasil.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, o senhor(a) pode esclarecê-las com o pesquisador responsável pelo telefone/celular (86) 999634252 (disponível também para ligação a cobrar) ou pelo e-mail dayanecris2@hotmail.com. Se preferir, pode levar esse Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se mesmo assim as dúvidas persistirem, o senhor(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFDPAr (CEP/UFDPAr), que é um colegiado interdisciplinar, independente, que acompanha, analisa e julga se as pesquisas científicas que envolvem seres humanos preservam a integridade e dignidade do participante da pesquisa, no seguinte endereço: Sala II do Bloco 03, Pavimento 3º, Lado Oeste, Sala, do Campus Universitário Ministro Reis Velloso da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, localizado à Av. São Sebastião, 2819, Bairro Reis Velloso, Parnaíba/PI,

com atendimento ao público/pesquisadores de segunda à sexta-feira das 8h às 12h e das 14h às 18h. E-mail: cep.ufdpar@ufpi.edu.br.

Esse documento (TCLE) é elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas (exceto a com as assinaturas) e assinado ao seu término pelo(a) senhor(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, e ficando com a posse de uma delas.

Florianópolis, ____/____/____

Assinatura e contatos (celular/e-mail)
do Participante

Pesquisador Responsável
(89)999634252.
dayanecris2@hotmail.com

Apêndice B – Roteiro semi-estruturado de entrevista

Identificação da UBS:

Profissão:

Sexo:

Idade:

Pós-graduação:

Tempo de trabalho na ESF:

1. Na ESF na qual você trabalha era desenvolvido um trabalho de atenção aos hipertensos antes da pandemia do COVID-19? Se sim, descreva como era realizado o trabalho?
2. Com a chegada da pandemia como ficou o atendimento aos hipertensos?
3. A equipe criou estratégias para manter a assistência aos hipertensos? Se sim, quais?
4. Quais as medidas de precaução adotadas no atendimento aos hipertensos?
5. Foi percebido mudança na adesão ao tratamento dos hipertensos? Como avalia esse ponto?
6. Quais as principais dificuldades na atenção aos hipertensos devido a pandemia?
7. Aconteceu aumento de complicações e óbitos relacionados a hipertensão? A que atribui isso?
8. Na sua opinião o que precisa para se ter uma atenção mais efetiva aos hipertensos?
9. Alguma ação adotada na pandemia foi considerada por você uma boa prática que deve permanecer?

ANEXOS

Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
DELTA DO PARNAÍBA -
UFDPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Em tempos de COVID-19: Atenção Primária a Saúde na Atenção e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Pesquisador: FRANCISCO JANDER DE SOUSA NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54248621.2.0000.0192

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAIBA - UFDPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.201.001

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto: EM TEMPOS DE COVID-19: Atenção Primária à Saúde na prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial, sob responsabilidade e orientação do Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira.

Problemática:

- A COVID-19 afetou todos os aspectos da vida humana, desorganizando os sistemas de atenção à saúde do mundo inteiro e provocando uma crise econômica e social sem precedentes e de dimensões planetárias (página 7).
- Em muitas regiões a assistência prestada pela APS foi reduzida, os idosos e portadores de comorbidades por serem do grupo de risco passaram a não busca-la e o medo de sair e procurar assistência se espalhou. Com o passar dos meses, foi sendo reconhecido que, passada a primeira onda, provocada pela disseminação da pandemia, as demandas de saúde e sociais se acumulavam devido à desassistência a portadores de doenças crônicas, aos efeitos sociais e psicológicos do isolamento e perda de renda, assim como a necessidade de ampliar o acesso e a vigilância de novos casos que continuaram ocorrendo após o grande pico de incidência e de mortalidade nos meses de maio e junho de 2020 (TEIXEIRA et al, 2020) (página 8).

Justificativa:

- Em face do grave quadro epidemiológico que vivenciamos atualmente e que possivelmente se estenderá pelos próximos anos; da fragilidade do sistema de saúde brasileiro que a pandemia veio

Endereço: Av. SAO SEBASTIAO 2819, Setor II, Bloco 3, Pavimento 3º, Lado Oeste, Sala 01
Bairro: NOSSA SENHORA DE FATIMA **CEP:** 64.202-020
UF: PI **Município:** PARNAIBA
Telefone: (86)3323-5125 **E-mail:** cep.ufdpar@ufpi.edu.br

