

## REORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD PARA ENFRENTAR EL COVID-19\*

### ASPECTOS DESTACADOS

1. El cambio en el ámbito causó dificultades para llevar a cabo la rutina.
2. Las modificaciones en el dimensionamiento de las personas generaron intercambio de conocimiento.
3. La suspensión de los grupos de reunión provocó el distanciamiento de la comunidad.
4. La reorganización del proceso de trabajo cambió el flujo de atención.

Juliana Gabrielle Santos Arnaldo<sup>1</sup>   
Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic<sup>1</sup>   
Gabriela Tavares Magnabosco<sup>1</sup>   
Maria Aparecida Salci<sup>1</sup>   
Maria José Quina Galdino<sup>2</sup>   
Mayara Almeida Martins<sup>1</sup>   
Aline Zulin<sup>1</sup> 

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el proceso de trabajo de los profesionales de la salud en la atención primaria para enfrentar el Covid-19. **Método:** estudio cualitativo, que utilizó como base conceptual el proceso de trabajo en salud, y como referente metodológico la investigación evaluativa. La recolección se realizó con 23 profesionales de la salud, entre julio y septiembre de 2021, en unidades básicas de salud de un municipio del noroeste del estado de Paraná, Brasil. Para el análisis, los datos se organizaron utilizando el *software* MAXQDA, y cada segmento de datos se organizó en función de los significados. **Resultados:** surgieron dos categorías, a saber: Dificultades enfrentadas al reorganizar el ámbito, actividades programáticas y dimensionamiento de los profesionales de la atención primaria de la salud; y Organización del flujo de atención a usuarios con Covid-19 en la atención primaria de la salud. **Conclusión:** este estudio refuerza que es indispensable evaluar el proceso de trabajo para mejorar la atención de la salud, especialmente en condiciones de emergencia de salud pública.

**DESCRIPTORES:** Coronavirus; Atención Primaria de la Salud; Gestión en Salud; Enfermería; Personal de Salud.

### CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, Salci MA, Galdino MJQ, Martins MA, et al. Reorganization of the work process in primary health care in coping with COVID-19. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91105>.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes, PR, Brasil

## INTRODUCCIÓN

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en marzo de 2020, declaró la pandemia de COVID-19 causado por el SARS-COV-2, el mundo enfrenta una serie de problemas económicos, sociales y de salud. Como consecuencia, se han emprendido muchos esfuerzos para enfrentar y controlar la pandemia. Sin embargo, dos años después de que se decretó la pandemia, el Covid-19 sigue siendo un problema de salud pública mundial<sup>1</sup>. Datos de febrero de 2022 muestran que Brasil alcanzó el récord de más de 25 millones de casos confirmados y más de 600 mil muertes por Covid-19<sup>2</sup>.

Muchos países han adoptado medidas para enfrentar y controlar la pandemia basadas en el diagnóstico temprano y el aislamiento social, que son cruciales para frenar la transmisión de enfermedades y reducir la mortalidad<sup>3</sup>.

Cabe señalar que la Atención Primaria de la Salud (APS) es uno de los puntos fundamentales de la red de atención en salud, y tiene un gran potencial para convertirse en protagonista de la lucha contra el Covid-19<sup>4</sup>, al mejorar la atención de la población basándose en los atributos de este nivel de atención, como el acceso, la longitudinalidad, la integralidad, la coordinación de la atención y, en particular, la educación para la salud y la orientación familiar y comunitaria<sup>5</sup>. Además, es necesario destacar la capacidad de la APS en lo que respecta al desarrollo de los siguientes ejes que integran la atención en salud colectiva: vigilancia de la salud en el territorio, atención individual de casos confirmados y sospechosos, apoyo a grupos vulnerables en el territorio por su situación sanitaria o social, continuidad de la atención de rutina e implementación de la vacunación<sup>6</sup>.

Vale la pena recordar que el proceso de trabajo en salud es la forma en que los profesionales de la salud generan, individualmente o en grupo, servicios, mediados por tecnologías, normas y máquinas, e implica el trabajo diario en el que los empleados se valen de diferentes conocimientos, cómo manejar materiales y equipos, aplicar el conocimiento científico y tecnológico y establecer relaciones con los demás<sup>7</sup>.

El objeto de un proceso de trabajo es el componente sobre el que se realiza un acto transformador, con el uso de recursos y en situaciones específicas, ya sean físicas, biológicas, simbólicas o subjetivas. Todo proceso de trabajo tiene un instrumento que ejecuta los actos y que define los fines y las conexiones para adecuar los medios y las condiciones para transformar los objetos. En los procesos de trabajo en general, la actividad la suele realizar un solo individuo que lleva a cabo una acción o un grupo de ellos. Sin embargo, constantemente, hay actividades colectivas, conjuntas o complementarias de varios individuos, es decir, trabajo en equipo<sup>8</sup>.

Por lo tanto, la pregunta es: ¿Cómo fue la reorganización del proceso de trabajo de los profesionales de la salud de la atención primaria ante el Covid-19? Por ende, el objetivo de esta investigación fue evaluar el proceso de trabajo de los profesionales de la salud en la atención primaria para enfrentar el Covid-19.

## MÉTODO

Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, vinculado a la tesis de maestría "Reorganización del proceso de trabajo de los profesionales de la salud de la atención primaria ante el Covid-19". En ese sentido, se utilizó como base conceptual el proceso de trabajo en salud<sup>10</sup> y, como abordaje metodológico, la investigación evaluativa<sup>11</sup>, que discute las relaciones humanas para cumplir los procesos institucionales, considerando las percepciones de los sujetos en la búsqueda de resultados<sup>12</sup>.

Se utilizó como guía el COREQ, un instrumento diseñado para que los autores desarrollen investigaciones siguiendo los criterios recomendados y mejorar los estudios cualitativos, mejorando la confiabilidad y el valor de la literatura de investigación publicada<sup>13</sup>.

El estudio fue realizado en un municipio del noroeste del estado de Paraná, perteneciente a la 15ª Regional de Salud del Estado. Este municipio cuenta con 34 Unidades Básicas de Salud (UBS), de las cuales cinco fueron seleccionadas para ser Unidades de Atención de Emergencia (UAE) durante la fase inicial de reorganización de los servicios de salud para enfrentar la pandemia de Covid-19. Los usuarios de estas UBS fueron reubicados en otras unidades cercanas a su área de cobertura.

Inicialmente, para realizar la recolección de datos para el presente estudio se planeó incluir las cinco unidades mencionadas anteriormente. Sin embargo, la Secretaría Municipal de Salud sólo autorizó la recolección en cuatro de ellas.

La búsqueda de participantes se realizó en las cuatro UBS que indicó la Secretaría Municipal de Salud. El contacto inicial se realizó con la dirección de cada UBS, y, posteriormente, se llevó a cabo la entrevista con los profesionales. Para la selección de la muestra, se adoptó como criterio de inclusión ser profesional de la salud que haya trabajado en la APS por al menos seis meses durante la reestructuración del proceso laboral para enfrentar el Covid-19 en 2020. El criterio de exclusión fue estar de vacaciones o licencia durante el período de recolección.

La encuesta fue realizada con profesionales de la salud de las siguientes categorías: enfermeros, médicos, técnicos en enfermería, agentes comunitarios de salud y odontólogos que trabajaban en la UBS elegida para el estudio al inicio de la pandemia de Covid-19, se consideró al menos un profesional de cada categoría en cada unidad y se respetaron los principios de saturación teórica, es decir, se interrumpe la recolección de datos cuando se comprueba que ya no son necesarios nuevos elementos para sustentar la teorización deseada (o posible en esas circunstancias) desde el campo de observación<sup>14</sup>.

La recolección de datos se realizó entre julio y septiembre de 2021, mediante una entrevista de tipo abierta, previamente programada y realizada en la UBS de trabajo. Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora y grabadas con el consentimiento del entrevistado, en equipos de grabación de audio digital. Posteriormente, las grabaciones fueron transcritas en su totalidad, y los datos fueron codificados con ayuda del *software* MAXQDA 2021, con número de licencia 245400626.

La organización de los datos en el análisis se realizó utilizando el *software* MAXQDA, cada segmento de datos fue organizado y dividido en códigos que expresaban los significados presentes en los discursos de los entrevistados, luego agrupados en categorías y subcategorías, hasta lograr el objetivo de la investigación.

La primera etapa de codificación permitió que se llevara a cabo una evaluación rigurosa de los discursos de los entrevistados, conceptualizando sus ideas a través de la creación de códigos. En la segunda etapa, los códigos fueron reunidos y organizados por similitud, dando lugar a dos categorías: Dificultades enfrentadas al reorganizar el ámbito, actividades programáticas y dimensionamiento de los profesionales de la atención primaria de la salud; y Organización del flujo de atención a usuarios con Covid-19 en la atención primaria de la salud.

Se aplicó como soporte y parámetro para examinar el contexto de la pandemia el protocolo del Ministerio de Salud para los profesionales y servicios de salud en la atención – Covid-19<sup>15</sup>.

El estudio cumplió con todos los aspectos éticos recomendados por las Resoluciones 466/12 y 510/16 del Consejo Nacional de Salud brasileño<sup>16-17</sup> y fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en Investigación con Seres Humanos (COPEP) de la Universidad Estadual de Maringá (Dictamen n.º 4.127.712/2020).

## RESULTADOS

Participaron del estudio 23 profesionales de la salud, y la caracterización de cada uno se presenta en la Tabla 1.

**Cuadro 1** – Caracterización de los participantes según edad, sexo, estado civil, antigüedad en la profesión, antigüedad en la unidad y profesión. Maringá-Paraná, 2022

ID	Edad	Sexo	Estado Civil	Antigüedad en la profesión	Antigüedad en la unidad	Profesión
1	54	F	Casada	20 años	20 años	ACS
2	29	F	Soltera	6 años	6 años	ACS
3	39	F	Casada	15 años	15 años	ACS
4	44	F	Soltera	20 años	20 años	ACS
5	28	F	Soltera	5 años	5 años	ACS
6	32	M	Casado	5 años	2 años e 6 meses	Odontóloga
7	52	F	Casada	28 años	12 años	Odontóloga
8	54	F	Soltera	30 años	15 años	Odontóloga
9	30	F	Soltera	6 años	2 años	Odontóloga
10	58	F	Casada	34 años	16 años	Odontóloga
11	44	M	Casado	20 años	14 años	Enfermero
12	45	F	Soltera	21 años	16 años	Enfermera
13	28	F	Soltera	4 años	2 años	Enfermera
14	49	F	Soltera	25 años	15 años	Enfermera
15	34	M	Soltero	10 años	2 años	Médico
16	27	F	Soltera	3 años	1 ano	Médica
17	30	F	Casada	6 años	2 años	Médica
18	61	F	Casada	37 años	18 años	Médica
19	42	F	Casada	18 años	4 años	Técnica en Enfermería
20	53	F	Soltera	29 años	10 años	Técnica en Enfermería
21	32	F	Soltera	8 años	1 ano	Técnica en Enfermería
22	45	F	Soltera	21 años	4 años	Técnica en Enfermería
23	46	F	Soltera	22 años	3 años	Técnica en Enfermería

Fuente: Los autores (2022).

A partir del análisis de los datos cualitativos, se presentaron las categorías, como se ve a continuación.

## **Dificultades enfrentadas al reorganizar el ámbito, actividades programáticas y dimensionamiento de los profesionales de la atención primaria de la salud**

Los participantes relataron que hubo cambios en el ámbito, las actividades programáticas y la dotación de personal debido a la pandemia de Covid-19, dado que fue necesario transformar algunas UBS en Unidades de Atención de Emergencia (UAE), lo que generaron varios cambios en el curso de las actividades del día a día. Estos cambios no fueron solo individuales, sino que involucraron a toda la unidad.

*Fue un cambio muy rápido, de la noche a la mañana. Nuestra UBS funcionaba como Programa de Salud de la Familia (PSF) y otros equipos de atención primaria pasaron a ser UAE, yo me quedé en la UAE como dos meses y luego fui a otra atención primaria nuevamente. Así que fue un cambio muy repentino, tomó por sorpresa al equipo, a la gente y a la comunidad que recibe atención aquí. Aquí tuvimos dificultades, las tenemos hasta hoy porque nuestra área física estaba totalmente desorganizada, ya no podíamos encontrar nuestros materiales, nuestras salas, en fin, todo estaba desorganizado. Tuvimos que empezar por acomodar, organizar y hasta el día de hoy no ha vuelto todo a su lugar. (P14 - Enfermera)*

*Al principio se convirtió en una UAE, dejó de ser unidad básica para convertirse en sala de urgencias y nos trasladaron a otra UBS a los pocos meses. (P5 - Agente comunitario de salud)*

Las modificaciones que se realizaron sobre el dimensionamiento de las personas fueron significativas para los participantes de este estudio en lo que respecta al intercambio de conocimientos entre ellos. Sin embargo, también hubo puntos negativos, debido a la dificultad para adaptarse a las nuevas unidades de salud a las que fueron reasignados.

*Continuábamos realizando las visitas, pero no entramos a la casa, nos quedábamos en la puerta para ver si el usuario necesitaba una receta, anotábamos todo lo que necesitaba la comunidad, hablábamos con el médico que estaba allí para hacer las recetas, les llevábamos las recetas hechas a los pacientes. (P5 – Agente comunitario de salud)*

*Salimos a ayudar a los lugares que más lo necesitaban, algunos tuvieron que hacer turnos de noche en la UAE en el área de notificación de Covid-19. (P11 - Enfermero)*

Se constató, en los relatos de los participantes, que hubo numerosos cambios en las actividades programáticas de la UBS, que provocaron dificultad para llevar a cabo la rutina previamente instituida. Se destaca que, en este proceso, los profesionales enfrentaron problemas de adaptación, según los relatos.

*No había nada programado, todos los días se atendía al paciente que llegaba. No había programación, que es lo que hacemos aquí en el PSF. Entonces, durante este período, se realizaba atención a libre demanda, pacientes más crónicos que venían en busca de la receta de un medicamento que ya estaban usando, algunos casos más leves, hipertensión o una condición sintomática. Al principio, incluso nuestra carga de trabajo se redujo a treinta horas semanales, hacíamos cuarenta horas en el Programa de Salud de la Familia. Ya no hacíamos visitas domiciliarias, que es nuestro caballo de batalla, dejamos de hacer visitas incluso para evitar la propagación del problema. (P15 - Médico)*

*Atendíamos muchos más pacientes, ahora después de la pandemia nuestros horarios se restringieron al cincuenta por ciento porque se necesita un mayor espaciamiento entre un paciente y otro, está la limpieza de los equipos, la toma de temperatura y el paciente tiene que hacerse un enjuague bucal. Ante toda esta logística, la atención era más lenta. Entonces, nuestra agenda se redujo. Uso una bata de tela, uso esta máscara desechable, N95 para el cuidado, y luego uso la quirúrgica sobre ella y el Face Shield también. Se colocaron biombos para separar porque antes aquí estaba abierta la clínica. También atendíamos con aire acondicionado pero las ventanas están abiertas para que hubiera ventilación. (P10 – Odontóloga)*

La suspensión de los grupos de encuentro con los usuarios repercutió en los participantes, debido al distanciamiento de la comunidad y de la exigencia de reorganización del trabajo, por ende, para continuar con la atención fue necesario realizar búsquedas activas y programar consultas.

*Los grupos de diabéticos e hipertensos no se reúnen. [...]. Cuando la doctora necesita que vengan a consulta, hacer una reevaluación y exámenes, ella deja un mensaje y llamo y reprogramo, porque los grupos no se están reuniendo. Vamos a la casa solo de aquellos que están postrados en cama y no pueden venir aquí. Con la pandemia redujimos nuestro tiempo de trabajo, y solo empezamos a ir a la casa de aquel paciente que solicitaba la visita. Hicimos una o dos visitas en nuestro día de visita. (P21 - Técnica en enfermería)*

*Suspendimos todos nuestros programas, también cancelamos las reuniones de equipo, de hecho, solo funcionaba un consultorio externo con asistencia reducida porque se le aconsejaba al paciente que no fuera a la unidad y solo hacíamos recetas. El horario de los grupos sería por la tarde, hoy lo uso solo para hacer recetas y el paciente a veces ni siquiera viene a la unidad, llama y nos dice que toma medicamentos controlados que ya se le acaban y nosotros hacemos la receta a través de la ACS. (P18 – Médica)*

### **Organización del flujo de atención a usuarios con Covid-19 en la atención primaria de la salud**

Otros cambios que se realizaron para reorganizar el proceso de trabajo fueron relevantes para el flujo de atención al usuario durante la pandemia de Covid-19, que generaron numerosas transformaciones en la atención de la salud.

*A las personas con sospecha se les indica que acudan a la UAE responsable del Covid-19. También contamos con una sala de aislamiento donde si la persona llega con los síntomas, será atendida allí. Dependiendo de la situación, si la persona tiene síntomas gripales, la prueba ya le dio negativo, pero se siente mal o tose, terminamos reprogramando la consulta para un mejor horario. Ahora cuando la persona da positivo para Covid-19 y tiene dolor, edema, sangrado, reservamos el último horario de consulta para esa persona. (P10 - Odontóloga)*

*Primero él (usuario) pone su nombre en la recepción y el mismo recepcionista ya le pregunta por qué va a consultar, le pregunta si tiene algún síntoma respiratorio y él dice el motivo. Si el recepcionista tiene dudas, le pregunta a un enfermero o incluso a nosotros, o deriva al paciente a recepción. Durante la recepción, la enfermera le hará unas preguntas más, si cree que tiene algún síntoma respiratorio orientará al paciente y le pedirá que acuda a la UAE de referencia para Covid-19. (P16 – Médica)*

Se ve que los participantes mencionaron que había un cambio en el lugar de atención cuando los usuarios presentaban síntomas respiratorios, sin embargo, si requerían atención inmediata, eran enviados a aislamiento para una primera atención hasta que llegaba el Servicio Móvil de Atención de Urgencias (SAMU).

## **DISCUSIÓN**

En función de los resultados de esta investigación, parece que la reorganización de los procesos de trabajo de los profesionales brasileños de la salud que se desempeñaban en unidades básicas de salud en el noroeste del estado de Paraná durante la pandemia de Covid-19 generó numerosos cambios en lo que respecta a la realización de las actividades de la atención a la salud.

En cuanto a la reorganización del entorno, para colaborar con el tratamiento de los casos de gripe, algunas UBS se convirtieron en UAE. Muchos profesionales informaron que esto fue un cambio repentino y que necesitaban organizar el espacio físico para enfrentar una nueva demanda de trabajo. Entre los cambios que ocurrieron durante este período, se mencionó la creación de un triaje para pacientes sintomáticos respiratorios y de consultorios exclusivos para ellos, lo que coincide con lo mencionado en un estudio publicado en Río de Janeiro<sup>20</sup> que destacaba que era indispensable adecuar la estructura física para brindarle atención a los usuarios con síntomas gripales.

En cuanto al espacio físico, además de la creación de salas específicas para el manejo diagnóstico de casos sospechosos de gripe y Covid-19, también se reservó un espacio equipado para el tratamiento de los usuarios. Para casos leves se recomendaba tratamiento y aislamiento domiciliario, y para casos graves, estabilización y derivación a servicios de urgencia/emergencia u hospitalarios, notificación inmediata y seguimiento clínico<sup>15</sup>.

Cabe recordar que esta adecuación del espacio físico, además de contribuir a la atención de los usuarios y evitar la superpoblación en el nivel terciario, también requirió que los profesionales de la salud mejoraran sus conocimientos en urgencias y emergencias para atender a los usuarios.

Ante este escenario, las actividades programáticas también se vieron perjudicadas, los profesionales informaron que la atención pasó a ser a demanda, se suspendieron las visitas domiciliarias para evitar la propagación del virus, el foco se centró en atender solo los casos de emergencia, además las consultas de puericultura, atención prenatal e hiperdia disminuyeron para satisfacer la demanda espontánea debido a los casos de gripe.

Para evitar el hacinamiento, inicialmente, se suspendieron las actividades grupales para evitar el contacto entre los usuarios, lo que provocó la pérdida del seguimiento de rutina de los usuarios con enfermedades crónicas, grupo de fumadores, mujeres embarazadas, adolescentes y adultos mayores. Lo mismo se observó en un estudio similar<sup>22</sup>, que revela que se suspendieron las reuniones con los usuarios para evitar aglomeraciones y por temor a una mayor demanda de personas con problemas respiratorios.

En lo que respecta al dimensionamiento de personas, fue necesario reubicar algunos profesionales de la atención primaria para que colaboraran en la notificación de los casos de Covid-19 en otras unidades de salud. Además, con el aumento de la atención en el nivel secundario, fue necesario ajustarse a las demandas laborales actuales, por eso se redujo el número de profesionales en la unidad básica de salud y se aumentó el número de profesionales en la UAE, para atender las urgencias y emergencias. Ese resultado es similar al que arrojó un estudio<sup>20</sup>, que indica que fue necesario reajustar el número de profesionales debido a la sobrecarga de trabajo.

En cuanto a la categoría organización del flujo de atención a usuarios con Covid-19 en la APS, los profesionales les aconsejaron a los usuarios con síntomas gripales leves que acudieran a la UAE de referencia. Por otro lado, a quienes dieran positivo para Covid-19 y necesitaran una consulta de rutina se les reservaría el último horario de consulta en una sala de aislamiento. En los casos urgentes, el usuario recibía la primera atención en la UBS hasta que llegaba el SAMU a la unidad para su traslado.

Debido a la derivación de personas con síntomas gripales y diagnóstico de Covid-19 a las UAE, las actividades programáticas volvieron a la APS. Un hecho similar se constató en una investigación coordinada en la APS, en la que, para continuar con las actividades de prenatal, puerperio, puericultura y de los grupos de salud de adultos mayores, mujeres y hombres durante la pandemia, fue necesario, primero, organizar las consultas por gripe y de usuarios diagnosticados con Covid-19<sup>21</sup>.

Por lo tanto, es necesario preservar las actividades rutinarias reajustando los procedimientos con la ayuda de las tecnologías de la información y la comunicación, para no discontinuar la asistencia a los usuarios<sup>4</sup>. Para otros autores<sup>23</sup>, la telesalud puede ayudar

a los profesionales de la salud en la atención a los usuarios durante la pandemia, como se puede ver también en esta investigación, dado que los profesionales utilizaron el teléfono para llamar y reprogramar citas individuales.

Por ende, es evidente que la evaluación de la reorganización del proceso de trabajo de los profesionales de salud de la APS ante el Covid-19 expuso que hubo numerosos cambios en la práctica de la atención de la salud durante la pandemia.

No obstante, se considera una limitación del estudio que la investigación abarque la percepción personal/subjetiva de los profesionales que trabajan en algunas unidades de APS, o sea, puede haber divergencias entre la percepción de los profesionales de la presente investigación y la de otros profesionales de la salud.

## CONCLUSIÓN

Es evidente el impacto que el Covid-19 tuvo en la continuidad del proceso de trabajo de los profesionales de la salud que se desempeñan en la APS. Por lo tanto, la reorganización del trabajo fue fundamental para que los usuarios y los trabajadores sintieran de manera leve los efectos de la pandemia.

Se destaca que hubo un cambio en el ámbito, en el dimensionamiento de las personas y en las actividades programáticas de la UBS, que generó dificultades para ejecutar la rutina previamente establecida en el escenario estudiado. Estas transformaciones influyeron directamente en la organización de la atención y el contexto de salud, por eso parte de las actividades que se realizaban en la APS se suspendieron durante la pandemia y hubo que reajustarlas, debido al aumento del flujo de atención por síntomas respiratorios.

## APOYO FINANCIERO

“Este trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior de Brasil (CAPES). Código de Financiamiento 001.”

## REFERENCIAS

1. Estrela FM, Soares CFS e, Cruz MA, Silva AF, Santos JRL, Moreira TMO, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25]; 25(9):3431-3436. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>.
2. Ministério da Saúde (BR). E-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Gest%C3%A3o-e-Avalia%C3%A7%C3%A3o-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilo-vepdf-compressed.pdf>.
3. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Docrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];4(4):CD013574. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8133397/pdf/CD013574.pdf>.
4. Daumas RP, Silva GA e, Tasca R, Leite I da C, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária

- ria na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];36(6):e00104120. Available in: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/0253.pdf>.
  6. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DC, Mendonça MHM de, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. *Saúde debate* [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];44(4):161-176. Available in: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZf-QRy/?lang=pt>.
  7. Peduzzi M, Schraiber LB.[Internet]. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, editores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [cited on 2022 feb 20]; p. 320-28. Available in: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.
  8. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. [Internet]. 2003.[ cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/11PSF-contradicoes.pdf>.
  9. Maciel FB, Santos HL dos, Carneiro RA da S, Souza EA de, Prado NM de BL, Teixeira CF de. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];25(2):4185-4195. Available in: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tgfYppqBb/?lang=pt>.
  10. Assunção AA, Simões MRL, Maia EG, Alcântara MA de, Jardim R. COVID-19: limites na implantação dos equipamentos de proteção individuais recomendados aos profissionais de saúde. *Ciênc. da Saúde*. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 05]; 25(2):16 p. Available in: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1018/1465>.
  11. Faria HP de, Werneck MA, Santos MA dos, Teixeira PF. *Processo de trabalho em saúde*. 2. ed. [Internet]. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/1790.pdf>.
  12. Minayo MC de S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Rev Saude Transform Soc*. [Internet]. 2011 [cited on 2022 feb 25];1(3):2-11. Available in: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/652/844>.
  13. Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Rev Psicol. Estud*. [Internet]. 2019 [cited on 2022 feb 25];24:e43536. Available in: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>.
  14. Boeckmann LM, Rodrigues MC, Santos DS dos, Melo MC, Campos MCT de, Griboski RA. O uso de checklists com ferramentas de apoio na elaboração de pesquisas qualitativas. In: *I Seminário Internacional de Pesquisa em Saúde e do II Simpósio de Pesquisa em Enfermagem do Distrito Federal*. [Internet]. 2018 [cited on 2022 feb 25]; Available in: <https://proceedings.science/anais-do-simpe-2018/papers/o-uso-de-checklists-como-ferramentas-de-apoio-na-elaboracao-de-pesquisas-qualitativas#>.
  15. Ribeiro MA, Araújo Júnior DG, Cavalcante AS, Martins AF, Sousa LA de, Carvalho RC, et al. (RE) organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: experiência de Sobral-CE. *Rev APS Em Revista*. [Internet]. 2018 [cited on 2022 feb 25];2(2):177-188. Available in: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.125>.
  16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. [cited on 2023 feb 22] 2011; 27(2): 388-394. Available in: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

17. Ministério da Saúde (BR). Protocolos e orientações aos profissionais e serviços de saúde sobre atendimentos – COVID-19. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited on 2022 feb 20]. Available in: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, 13 jun 2013 [cited on 2022 feb 15];12(seção 1):59. Available in: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
19. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União, [Internet]. 24 abr 2016 [cited on 2022 feb 15]. Available in: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581).
20. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de MP, Andrade LR de, et al. Saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];25(9):3465-3474. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.
21. Dunlop C, Howe A, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. Rev BJGP Open. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25]; 4(1). Available in: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>.
22. Cirino FMSB, Aragão JB, Meyer G, Campos DS, Gryscek AL de FPL, Nichiata LYI. Desafios da atenção primária no contexto da covid-19: a experiência de diadema. Rev. bras. med. fam. Comunidade. [Internet]. 2021 [cited on 2022 feb 25];16(43):2665. Available in: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282258>.
23. Silva WN de S, Silva KC, Araújo AA de, Barros MBSC, Monteiro EMLM, Bushatsky M, et al. As tecnologias no processo de empoderamento dos cuidados primários de enfermagem em contexto da covid-19. Cienc Cuid Saude. [Internet]. 2022 [cited on 2022 feb 25];21:e58837. Available in: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/58837/751375153704>.
24. Greenhalgh T, Koh GC, Josip C. Covid-19: a remote assessment in primary care. The BMJ. [Internet]. 2020 [cited on 2022 feb 25];368:m1186. Available in: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>.

## REORGANIZATION OF THE WORK PROCESS IN PRIMARY HEALTH CARE IN COPING WITH COVID-19

### ABSTRACT:

**Objective:** to assess the work process of Primary Health Care professionals in coping with COVID-19. **Method:** a qualitative study that used the health work process as conceptual basis and qualitative research as methodological framework. The collection procedure was carried out with 23 health professionals from July to September 2021, in the basic health units from a municipality in northwestern Paraná, Brazil. For the analysis, the data were organized by means of the MAXQDA software, and each data segment was organized according to the meanings. **Results:** two categories emerged, namely: Difficulties faced in reorganization of the ambience, programmatic activities and staffing of Primary Health Care professionals; and Organization of the care flow for users with COVID-19 in Primary Health Care. **Conclusion:** this study reinforces the indispensability of assessing the work process for health care improvement, especially in conditions of a public health emergency.

**DESCRIPTORS:** Coronavirus; Primary Health Care; Health Management; Nursing; Health Personnel.

\*Artículo extraído de la tesis de máster/doctorado "Reorganização do Processo de Trabalho dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento da Covid-19", Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil, 2022.

Recibido en: 24/05/2022

Aprobado en: 26/01/2023

Editor asociado: Dra. Luciana Nogueira

### Autor correspondiente:

Juliana Gabrielle Santos Arnaldo

Universidade Estadual de Maringá

Av Paraná n 601 apto 01, Jaguapitã, Paraná

E-mail: jullyana\_gr@hotmail.com

### Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT**; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, Salci MA, Galdino MJQ, Martins MA, Zulin A**; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).