



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

HELLEN DA SILVA ALENCAR

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM TEMPOS DE
PANDEMIA DE COVID-19**

CAMPO GRANDE - MS

2022

HELLEN DA SILVA ALENCAR



**EDUCAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM TEMPOS DE
PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Everson Rach

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2022



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM TEMPOS DE
PANDEMIA DE COVID-19**

por

HELLEN DA SILVA ALENCAR

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 03 de Fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Nome completo

Professor Orientador Everson Rach Vargas

Nome completo

Iara Barbosa Ramos

Nome completo

Moisés Martins Tosta

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus avós, e a todos aqueles que contribuíram durante minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me dado forças para concluir esse trabalho.

Agradeço aos meus pais, familiares e amigos, que me incentivaram todos esses anos, e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional

Agradeço ao meu orientador, e a minha preceptora que me apoiaram durante esse período, de residência e elaboração do trabalho de conclusão de residência.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte desse projeto e contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

ALENCAR, Hellen. **Educação em saúde materno-infantil em tempos de pandemia de Covid-19. 2022.** Número total de folhas do trabalho 46. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

INTRODUÇÃO: em março de 2020 através do Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, na Unidade de Saúde da Família Dr Judson Tadeu Ribas Moreninha III. Surgiu a proposta de um plano de intervenção, com ideia de criar um grupo remoto de saúde materno-infantil. **OBJETIVO PRINCIPAL:** aumentar a adesão das consultas de pré-natal, puerpério e puericultura. **MÉTODO:** plano de intervenção, com a proposta de criação de um grupo remoto via aplicativo WhatsApp, realizando educação materno-infantil. **AÇÕES E RESULTADOS:** espera-se que com a realização do grupo de educação em saúde materno-infantil, tenha aumento da adesão às consultas de rotina, quantitativo mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, através do incentivo a promoção e prevenção a saúde, e realização de educação em saúde no grupo remoto, e que obtenhamos melhora na qualidade do vínculo profissional usuário, visto a importância desse fator para a adesão terapêutica. **DISCUSSÃO:** o grupo remoto é uma proposta de melhoria da qualidade de vida, devido às dificuldades enfrentadas durante a pandemia, como: isolamento social, distanciamento e quarentena. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** concluímos que a pandemia afetou a vida das pessoas, trouxe mudanças no estilo de vida, e com esse meio de educação em saúde de forma remota, podemos minimizar esses agravos a saúde das pessoas.

Palavras chaves: Educação em saúde. Covid-19. Atenção primária. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

ALENCAR, Hellen. Education in maternal and child health in times of the Covid-19 pandemic. **2022**. Total number of job sheets 46. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

INTRODUCTION: in March 2020 through the Multiprofessional Residency in Family Health SESAU/FIOCRUZ, in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, at the Dr Judson Tadeu Ribas Moreninha III Family Health Unit, located in the Moreninha III neighborhood. And the idea arose to create a remote maternal and child health group. **MAIN OBJECTIVE:** to increase adherence to prenatal, postpartum and childcare consultations. **METHOD:** intervention plan, with the proposal to create a remote group via WhatsApp application, providing maternal and child education. **RESULT:** it is expected that with the completion of the group of education in maternal and child health, there will be increased adherence to routine consultations, a minimum quantity recommended by the Ministries of Health, through the encouragement of health promotion and prevention, and education in health in the remote group, and that we obtain an improvement in the quality of the user's professional bond, given the importance of this factor for therapeutic adherence. **DISCUSSION:** the remote group is a proposal to improve the quality of life, due to the difficulties faced during the pandemic, such as: social isolation, distancing and quarantine. **FINAL CONSIDERATIONS:** we concluded that the pandemic affected people's lives, brought changes in lifestyle, and with this means of health education remotely, we can minimize these harm to people's health.

Keywords: Health education. Covid-19. Primary attention. Maternal and child health.

LISTAS (DE ILUSTRAÇÕES, DE TABELAS, DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS E ACRÔNIMOS)

LISTA DE ABREVIATURAS

USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda
RAS	Rede de atenção à Saúde
PNI	Política Nacional de Imunização
RN	Recém-nascido
VE	Vigilância Epidemiológica

LISTA DE SIGLAS

ONU	Organização Mundial da Saúde
AGETEC	Agência Municipal de Tecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 A pandemia e as estratégias de prevenção: desafios ao trabalho da atenção primária à saúde.....	15
2.2 Sistema Único de Saúde SUS.....	21
2.3 Atenção Primária à Saúde.....	23
2.4 Saúde materno-infantil, promoção e prevenção em saúde.....	27
2.5 Educação em saúde.....	32
3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO.....	35
4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS.....	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
6 REFERÊNCIAS.....	40
ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU.....	45

1 INTRODUÇÃO

Em março de 2020 iniciou o primeiro programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUI/FIOCRUZ, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e o programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade, na Unidade de Saúde da Família Dr Judson Tadeu Ribas Moreninha III, que fica no bairro Moreninha III.

A cidade de Campo Grande é composta por cerca de 70 unidades de atenção primária, conforme site da Secretaria Municipal De Saúde (SAÚDE, [s.d.]). Campo Grande tem cerca de 786.797 habitantes, conforme último censo do IBGE 2010, com estimativa de em 2020 a capital estar com 906.092 habitantes (“IBGE | CIDADES | MATO GROSSO DO SUL | CAMPO GRANDE | PANORAMA”, [s.d.]

O bairro Moreninha é um conjunto que fica na zona sul de Campo Grande, sendo considerado um dos bairros mais distantes da cidade, com cerca de 12 km de distância do centro da cidade e estimativa de 22.711 habitantes (FELIPE; EDUARDO, 2018).

O conjunto de bairros iniciou-se com a Moreninha I, e, com o passar dos anos, se expandiu, dando origem ao conjunto habitacional nos anos 80, através de um programa popular criado na época pelo Governador Pedro Pedrossian, onde as casas foram sorteadas para a população mais vulnerável, de baixa renda. Devido ser um loteamento novo, sem nenhuma estrutura, os habitantes lutaram muito pela melhoria do bairro, e, aos poucos, conseguiram escolas, corpo de bombeiros, lotéricas, posto policial, entre outros (FELIPE; EDUCARDO, 2018).

A USF Moreninha III atende os bairros: Moreninha I, Moreninha II, Moreninha III, Moreninha IV, José Maksoud, Nova Jerusalém e Vila Brasil; a estimativa da população da área de abrangência, segundo do IBGE, é de 18.640 pessoas; a população cadastrada, até maio de 2021, no Esus-Pec, é de 14.700 pessoas (“IBGE | CIDADES | MATO GROSSO DO SUL | CAMPO GRANDE | PANORAMA”, [s.d.]

A unidade é composta por 06 equipes, sendo que antes do programa de residência, era composta por 03 médicos, 02 enfermeiras, 01 farmacêutico e 02 dentistas. Os profissionais do NASF (01 ginecologista, 01 psicóloga, 01 profissional de educação física, 01 pediatra, 02 fisioterapeutas) se dividiam para atender duas USFs, sendo assim, cada um ficava para o atendimento em uma única unidade e os atendimentos dos fisioterapeutas acontecia em conjunto apenas nas reuniões de equipe, educação permanente e em atividades educativas.

Através do programa de residência, foram incluídos nas equipes da USF 6 enfermeiros, 06 médicos, 01 farmacêutico, 02 fisioterapeutas e 02 dentistas, que foram divididos pelas 06 equipes, que são essas: Barueri, Maria de Oliveira, Ipê, Poeta, Jacques e Mandacaru. Porém, depois de um período, a unidade teve alguns desfalques de profissionais, que optaram por sair do programa de residência.

Havia apenas dois grupos de educação em saúde na USF, o Hiperdia e o grupo de saúde mental. O grupo de Hiperdia realizava educação em saúde com os pacientes hipertensos e diabéticos, foi criado devido à grande quantidade de pacientes nas equipes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo I e II e o quantitativo de pacientes com má adesão ao tratamento de uma dessas patologias. Ele era dividido em dois dias, devido a quantidade de equipes - nas segundas-feiras de manhã ficava um grupo para 3 equipes, Maria de Oliveira, Barueri e Ipê, e nas terça-feira de manhã, as outras 3 equipes, Poeta, Mandacaru e Jacques - formavam o grupo uma enfermeira em cada dia, e os ACS, além de um médico, que ia uma segunda-feira e uma terça-feira, geralmente, no final de cada mês.

O grupo de saúde mental foi elaborado devido ao grande número de usuários que fazem consumo de medicações controladas, de pacientes em tratamento de depressão e ansiedade, e pela baixa procura por atendimento, pois eles procuram a USF apenas para renovar a receita e, geralmente, depois de estar há dias sem a medicação. Esse grupo acontecia nas quintas-feiras, à tarde, sendo composto por uma médica especialista em saúde mental e uma enfermeira, que participavam todas as quintas-feiras, com os usuários das 06 equipes, e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Era um grupo novo, que tinha iniciado há pouco mais de um mês.

No final da primeira quinzena de março, uma enfermeira preceptora da residência, sugeriu a criação de um grupo de gestantes, ideia essa que ela já estava querendo implementar desde antes da chegada dos residentes, e estava apenas esperando a convocação deles para adequação dos horários de todos. A motivação seria devido ao grande número de gestantes em todas as equipes, e, principalmente, na equipe Poeta, que naquela época, era a com mais gestantes na USF, e também a equipe com mais gestantes adolescentes. A maior parte da área de abrangência de atendimento da USF são de pessoas em vulnerabilidade, como usuários de drogas, ex-presidiários e pessoas de pouco estudo, sendo comum a dificuldade em compreender acerca do processo de gestação e dos cuidados com recém-nascido (RN).

Porém, na segunda quinzena de março, não foi possível iniciar o grupo, pois a pandemia da Covid-19 chegou na cidade de Campo Grande/MS, mudando todo o processo de trabalho da

USF, diminuindo os atendimentos, interrompendo os atendimentos domiciliares/visitas domiciliares, interrompendo os grupos para evitar aglomerações.

Em outubro de 2020, a equipe de enfermagem observou a necessidade de realizar um grupo, devido às dúvidas que as gestantes e puérperas traziam para as consultas de rotina, dúvidas como: dificuldades em amamentação; momento correto de ir à maternidade; ir à maternidade ou procurar atendimento na unidade de pronto atendimento (UPA). Porém, ainda não estava permitido a elaboração de grupos em saúde, devido a pandemia da Covid-19, e visto que uma das metas do programa de residência é promoção/prevenção em saúde.

Estava difícil realizar apenas no consultório, pois a dúvida no momento do atendimento até era esclarecida, porém depois surgia novas dúvidas, ou elas esquecem das orientações. Foi onde surgiu a ideia de realizar um grupo online, pelas plataformas Google Meet ou Zoom, porém as enfermeiras em conversa, chegaram à conclusão de que as pacientes teriam dificuldade ao acesso a esses meios, sendo assim surgiu a ideia de fazer o grupo por WhatsApp, a ideia inicialmente foi abraçada por duas equipes, compondo por 3 enfermeiras.

E como a ideia foi bem aceita pelos demais profissionais das outras equipes, então foi inserido outros profissionais ao grupo, uma médica, duas fisioterapeutas, um farmacêutico, no grupo foi adicionado usuárias de 4 equipes da USF.

É normal a população trocar de residência, pois a maioria reside em casa de aluguel, devido à falta de casa própria, condições de vida precária, baixos índices de escolaridade, fatores econômicos baixo, sendo assim a troca de endereço é comum, pois eles buscam por aluguéis mais baratos, e com isso pode ocorrer a mudança de equipe, então e alguns caso ela inicia o pré-natal com uma equipe e finaliza com outra, e com isso não conseguimos ter um controle ao certo de quantas equipes tem adicionada no grupo.

Quando a paciente vem na consulta e informa a mudança de endereço, o profissional que está atendendo-a, verifica no mapa local da USF, de qual equipe é a residência da paciente, e conforme a mudança da equipe agenda a próxima consulta com um profissional da nova equipe, e informa a mudança de equipe para a paciente, e para algum profissional da nova equipe seja ele médico(a) ou enfermeiro(a).

Para adicionar as gestantes no grupo tinha apenas os critérios: ser gestante ou em fase de puerpério; ou ter filho menor de 2 anos; residir na área que a USF atende; ter telefone com WhatsApp. E com isso são adicionadas no grupo e fica a critério dela permanecer ou não no grupo, em alguns casos tem pacientes que não tem celular, por estar sem, porque quebrou ou

por outro motivo, sendo assim ela fica fora do grupo, pois é necessário o contato telefônico dela.

Quando a enfermeira na equipe Maria de Oliveira realiza a abertura de pré-natal, ela anota o contato na planilha, e informa que em breve a pessoa será adicionada ao grupo, e sobre a proposta do grupo tem de orientar, e informar sobre a gestação e puerpério, e que sempre que ela tiver dúvida ela pode perguntar no grupo, e sempre que possível será respondido, e que fica a critério da pessoa permanecer ou não ao grupo.

As outras enfermeiras, também poderão adicionar as pacientes no seu momento de vigilância.

A partir do momento que a paciente abre o pré-natal ou vem na primeira consulta como: gestante; puérpera/puericultura com a equipe, os dados com nome, endereço e telefone são adicionados por todos, das equipes (enfermeiros(as) e médicos(as)) em uma planilha no Excel. Essa planilha é utilizada para realizar: vigilância em saúde; controle de casos; controle de buscas ativas. No momento de vigilância da enfermeira da equipe Maria de Oliveira, ela adiciona as pacientes no grupo, geralmente aquelas que foram atendidas por outros profissionais, e assim que a usuária é adicionada ao grupo é informada, do objetivo do grupo, de promoção, prevenção e educação em saúde.

Essas planilhas no Excel é uma forma de realizar vigilância epidemiológica, onde ela é utilizada pelos médicos, enfermeiros, dentistas, onde cada equipe tem a sua individual, geralmente uma equipe não tem acesso para edição na planilha da outra equipe, nela é colocado os dados de gestantes, crianças menores de um ano, casos de tuberculose, usuários acamados, entre outros.

Assim como a unidade teve que se reinventar para atender durante a pandemia, a prefeitura de Campo Grande também teve que se reinventar, junto com a Agência Municipal de Tecnologia da Informação e Inovação (AGETEC), para vencer as dificuldades dos meios de comunicação. Foi criado o Sistema Monitora Saúde, que oferece aos gestores o controle dos dados da vacinação, oferecendo a carteirinha digital de vacinação online (SÁ; MAYARA, 2021

Além do sistema monitorar e lançar os dados da vacinação no município, ele é uma ferramenta que possibilita o rastreamento dos casos positivos e suspeitos da Covid, possibilitando o controle diário desses casos, e dos pacientes que tiveram contato. Isso só é possível pois o sistema Monitora Saúde entra em contato com o sistema e-SUS VE (vigilância epidemiológica), que atualiza todos os dias os usuários novos. O sistema é atualizado diariamente, e cada unidade fica responsável pelo monitoramento dos usuários da sua área de

abrangência, monitorando os casos positivos e suspeitos, e os seus contatos. A unidade deve entrar em contato, preferencialmente, via telefone caso não consiga contato via telefone com o usuário, deve então ser realizado busca ativa, e atualizar o sistema online diariamente, realizar as orientações aos usuários, até o dia da alta (FAUSTINO; MICHEL, 2021).

Através das inúmeras mudanças ocasionadas pela Covid-19, este trabalho de intervenção, com a proposta da criação em grupo remoto via aplicativo de mensagens WhatsApp, sobre educação de saúde materno-infantil, com mulheres que residem na área de abrangência da unidade, e com profissionais de ensino superior da unidade, buscando facilitar, informar e realizar educação em saúde de forma remota.

O objetivo principal do grupo no WhatsApp, é aumentar a adesão ao pré-natal, puerpério, puericultura, as chamadas consultas de rotina, os índices de vacinação da USF, com isso melhorando os indicadores, e melhorar o vínculo com a equipe.

O objetivo secundário é realizar orientação sobre: amamentação, parto, cuidados com o recém-nascido (RN). Orientações essas que seriam realizadas em grupos de educação em saúde presencial, como forma de complementar a consulta de promover e prevenir a saúde, porém devido a pandemia da Covid-19, que impossibilita a formação de atividade em grupo, e como forma de não colocar as pessoas em risco essa educação em saúde foi elaborada de forma online.

Justificativa este tema foi escolhido devido a dificuldades observadas de adesão às consultas que as gestante e puérperas tinham, foi observado a importância da educação em saúde para orientar e suprir as dúvidas relacionada a gestação, parto, puerpério, e com os cuidados nos primeiros dias de nascido do recém-nascido (RN), e que nem sempre todas conseguem ser explicadas durante a consulta.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A pandemia e as estratégias de prevenção: desafios ao trabalho da atenção primária à saúde

A pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2), que iniciou em 2019 em Wuhan, na China, e veio para o Brasil em 2020, e foi disseminada para todos os continentes (BRASIL, 2020). Desde o princípio da pandemia, o que chamava a atenção eram os grupos de risco: idoso, gestantes, portadores de comorbidades, entre outros. SARS-COV-2 é o vírus, e a Covid-19 é a manifestação do vírus nos humanos.

Por ser uma infecção nova, não se sabia qual a gravidade da infecção nas gestantes. Os primeiros relatos vindos da China informaram que a infecção acometia, a mesma frequência e gravidade, as mulheres grávidas e não grávidas. Com isso houve maior preocupação com as gestantes de alto risco, devido às comorbidades como diabetes, hipertensão e obesidade, e aos cuidados com a gestação, que poderiam ter maiores complicações devido a infecção, em caso de contágio com a infecção da Covid-19 (BRASIL, 2020).

A pandemia na história humana tem um componente negativamente rígido, com grandes repercussões epidemiológicas. A rápida disseminação internacional da Covid-19, no início do ano de 2020, fez com que a OMS (Organização Mundial da Saúde), declarasse emergência de saúde internacional logo no início da pandemia, retratando a gravidade desta epidemia do vírus SARS-COV-2 no período ainda em estágio inicial, que se propagou de forma rápida internacionalmente (SENHORAS, 2020).

A OMS declarou emergência de segurança pública global, por não saber a gravidade do risco da epidemia do vírus SARS-COV-2, para o mundo. Epidemias fazem parte da globalização do mundo, e podem ocasionalmente se tornarem uma pandemia, que foi o caso da pandemia da Covid-19, que se espalhou rapidamente entre os continentes (SENHORAS, 2020).

A diferença entre epidemia e pandemia, apesar das duas apresentarem o aumento de casos de uma doença, a proporção de casos da pandemia é muito maior, o seu contágio territorial é maior, do que a epidemia (VENTURA, 2009).

Neste momento de pandemia/epidemia, entra a epidemiologia que é a ciência que busca estudar o processo saúde doença, avaliando os danos à saúde e eventos ligados à saúde coletiva. Estuda a frequência e os determinantes das doenças na coletividade, enquanto a clínica estuda a doença no indivíduo, a epidemiologia estuda a doença nos grupos de pessoas, às vezes em

grupos pequenos (epidemia), mas na maioria das vezes em grupos grandes (pandemia) (CAMPOS et al., 2009).

Assim, a epidemiologia é dividida em três objetivos: descrever a magnitude dos problemas de saúde nos seres humanos; fornecer dados importantes para planejar, executar e avaliar as ações de prevenção, controle e tratamento das doenças; identificar fatores etiológicos. Nos serviços de saúde, a epidemiologia é desfrutada para diagnóstico de saúde, e vigilância epidemiológica, contribuindo para a organização tecnológica, do trabalho coletivo (CAMPOS et al., 2009).

Após a implementação do SUS, a epidemiologia teve um aumento no seu uso nos serviços de saúde, ampliando o seu valor na elaboração de políticas, e dos seus desempenhos nas ações. A epidemiologia articula com os princípios e diretrizes do SUS, e colabora para a ordem e definição dos processos do SUS (CAMPOS et al., 2009).

Já a vigilância é um instrumento de saúde pública, que observa os comunicantes, durante o período de incubação da doença. O conceito clássico de vigilância, liga-se ao isolamento e a quarentena, que são os principais instrumentos de controle e prevenção das doenças, já utilizados desde o século XIX. Na vigilância em saúde, inclui a vigilância epidemiológica e sanitária, que estão ambas associadas ao controle das doenças, buscando o acompanhamento sistemático das doenças na comunidade (CAMPOS et al., 2009).

Após o início da pandemia, a vigilância dos vírus respiratórios teve maior importância na saúde pública, devido à capacidade do vírus SARS-COV-2 em causar pandemia, com isso foi estudado as formas de prevenção (BRASIL, 2019).

As formas prevenção do vírus SARS-COV-2, é realizada por meio de medidas como: o distanciamento social, isolamento de casos positivos e contatos, uso de máscara, higiene das mãos, e etiqueta respiratória (BRASIL, 2020). O distanciamento social visa limitar o contato próximo entre as pessoas infectadas, e das demais pessoas, buscando reduzir os riscos de transmissão, mantendo o distanciamento de ao menos um metro entre as pessoas (BRASIL, 2019).

O distanciamento social é uma das medidas não farmacológicas, para diminuir a propagação do vírus do SARS-COV-2, por outro lado, ela tem os seus efeitos negativos à saúde, principalmente em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, devido às mudanças de estilo de vida, a diminuição da prática de atividade física, podendo ocasionar no aumento do consumo de álcool, e tabaco causando, diminuição da continuidade do cuidado e o acesso aos serviços de saúde (MALTA et al., 2021).

Outra estratégia de controle e prevenção das doenças infectocontagiosas, é o isolamento social, ou isolamento domiciliar. Ele também visa diminuir a propagação do vírus, sendo uma forma de separar uma pessoa doente (caso positivo ou suspeito) das demais pessoas, evitando a propagação do vírus. O ideal é iniciar o isolamento a partir da suspeita da Covid-19, assim sendo possível isolar novos casos, e realizar a prevenção (BRASIL, 2019). O isolamento social é uma medida para as pessoas não saírem de casa, ou saírem para realizar o necessário, como: procurar atendimento médico, pois tem como intuito diminuir a propagação do vírus SARS-COV-2, através do contato de pessoas infectadas e não infectadas, que circulam pelo ambiente público ou residenciais (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Essas duas lógicas advêm da prática da quarentena, que é a separação das pessoas que foram supostamente expostas à doença, porém que estão sem sintomas, e podem estar infectados, e infectando outras pessoas mesmo que ainda no período de incubação do vírus. Quarentena, é uma condição que determina que aquelas pessoas com sintomas da doença, à espera da confirmação do teste da Covid-19, pessoa com teste positivo e assintomático ou com sintomas leves, ou as pessoas com contato direto com caso positivo, essas pessoas devem ficar em quarentena, em suas casas, saindo apenas em caso de pioras dos sintomas, por um período de geralmente entre 10 a 14 dias (DIAS et al., 2020).

A quarentena surgiu no final da idade média, no período da peste negra, criada como um plano de urgência, onde todas as pessoas deveriam ficar em suas casas, se possível cada pessoa em um cômodo. As autoridades ficavam responsáveis por monitorar as ruas, e no final do dia os vigias entregavam relatórios ao prefeito da cidade, relatando os ocorridos do dia (FOUCAULT; MICHEL, 1979).

No final da idade média, as pessoas em suas casas de quarentena deveriam todos os dias, se apresentar pelas janelas aos vigias, a fim deles verificarem se houve falecimento, ou doente. Aqueles que não se apresentavam possivelmente estavam doentes, ou haviam falecido. Esses doentes teriam que ser retirados da cidade, e deixados em uma enfermaria especial. Também deveria ser realizada a desinfecção de cada uma das casas (FOUCAULT; MICHEL, 1979).

O isolamento e/ou a quarentena devem ser aplicados associados com o distanciamento social, por meio de medidas como: uso de máscara, a lavagem das mãos com água e sabão, uso de álcool nas mãos e nos objetos, não cumprimentar com abraços e beijos, entre outras medidas de higiene para diminuir a transmissão do vírus. É cultural da população brasileira, as pessoas se cumprimentarem com abraços e beijos de forma carinhosa, tornando essas medidas de

cuidados para a transmissão do vírus muito difíceis, devido à cultura do cumprimento brasileiro (DIAS et al., 2020).

O distanciamento social também impactou os povos indígenas, através da dificuldade de acesso aos cuidados na atenção primária. Havia poucos profissionais de saúde para prestar atendimento a eles, nas aldeias, e a falta de estrutura das unidades básicas de saúde. Os indígenas são pessoas que têm alta vulnerabilidade sociais, e alto risco para infecção da Covid-19, e o risco para complicações ocasionados pelo vírus, a falta de assistência nas aldeias acaba levando os indígenas a se deslocar para cidade, a procura de atendimento médico (SANGALLI; SOUSA, 2020).

Nas aldeias a precariedade de equipamentos de proteção, testes rápidos e profissionais (SANGALLI; SOUSA, 2020). O Mato Grosso do Sul é um dos estados com mais população indígena no Brasil, segundo a plataforma ‘Covid-19 e os Povos Indígenas’, houve 106 óbitos de indígenas no estado, 4.541 indígenas curados, 4.663 casos confirmados (“COVID-19 e os Povos Indígenas”, [s.d.]).

Além dessas medidas de prevenção também temos o lockdown, que pode ser total ou parcial. Lockdown é o confinamento total, é a interrupção total das atividades não essenciais, restringindo a circulação das pessoas, ocorrendo apenas funcionamento de órgãos essenciais que são eles: serviço de saúde, abastecimento entre outros. E o lockdown parcial, é a liberação de alguns serviços não essenciais, funcionando conforme os padrões da vigilância (HOUVÈSSOU; SOUZA; SILVEIRA, 2021).

Essas medidas como o lockdown, ajudaram a diminuir a disseminação do vírus, porém dificultaram a vida econômica das pessoas, o que se tornou mais necessária a ajuda financeira do estado, o que acaba gerando também aglomerações, nas filas quilométricas em bancos, agências de correio, e casa lotéricas. Muitas dessas pessoas vivem em situação de vulnerabilidade locais sem saneamento básico ou com saneamento precário, onde falta água (DIAS et al., 2020).

Com muitas famílias expostas ao risco e a vulnerabilidade, precisando de ajuda, em Campo Grande durante a pandemia os projetos sociais também tiveram que se adaptar, para trabalhar com as pessoas vulneráveis durante a pandemia. Devido ao risco da exposição a Covid-19, o projeto social “Fome de quê?”, antes da pandemia prestava atendimentos aos sábados, durante a pandemia passou a atender por meio de via remota por WhatsApp, buscando continuar com o vínculo entre voluntário e assistido, durante o período de distanciamento social. Assim que alguma família informava por meio online que estava passando por uma

necessidade, durante o período de distanciamento, a equipe buscava assistir a necessidade da família, porém nem sempre tinha êxito (SILVA et al., 2021).

O criador do projeto social “Sonho de Criança”, relata que durante a pandemia, houve um aumento de 100 famílias, sem condições de alimentação, pois grande parte são das periferias e trabalham como autônomos, e estão desempregados e durante o distanciamento social, ficaram sem os seus serviços. Com isso, o projeto teve que se adaptar para a entrega das cestas básicas, e para aumentar o número de doações, pois mais famílias tinham necessidades de serem assistidas (SILVA et al., 2021).

Essas alterações nas vidas das pessoas, de desemprego e falta de alimentos, podem ocasionar uma série de estressores sociais, e clínicos e no impacto nas relações humanas. A pandemia se relaciona a medos, incertezas, ao risco de morte de amigos, familiares e entes queridos. Outros estressores sociais são: isolamento social, mudanças no estilo de vida, perda de emprego, diminuição da qualidade do sono e diminuição do tempo, colapso no sistema de saúde, entre outros. Com isso se observou, um aumento das mortes e adoecimentos ocasionados por abalos psicológicos, medos e ansiedade nas pessoas (FILHO et al., 2020).

Em relação as gestantes, esse fatores afetaram a saúde mental delas, causando depressão e ansiedade, a falta de recursos sociais, falta de adesão ao pré-natal, a necessidade de realizar distanciamento social, isolamento, quarentena acabou gerando uma fonte de estresse (SANTOS et al., [s.d.]).

Com tudo isso, temos que ver os aspectos psicossociais das pessoas, que estão cumprindo o isolamento social, distanciamento social e a quarentena. Esses aspectos psicossociais podem causar ansiedade, insônia, sentimentos negativos, medos devido às notícias a todo o momento de mortes, do aumento do número de covas nos cemitérios, os desempregos, falência das empresas e aumento de casos positivos pela infecção causada pelo vírus do SARS-COV-2 (DIAS et al., 2020).

E todas essas informações têm chegado por meio dos meios de comunicação (Facebook, WhatsApp, Instagram e Televisão). Esses meios ficaram responsáveis de passar informações para as pessoas durante o isolamento em suas residências. Além dessas informações, também se fala muito na probabilidade de reinfeção, e da possibilidade de uma crise econômica maior (DIAS et al., 2020).

Todas essas medidas para evitar a contaminação são importantes, visto que, as formas de transmissão do vírus SARS-COV-2 são por meio de contato direto ou indireto com pessoas

infectadas, por meio de secreções respiratórias, expelidas por tosse, espirros, até mesmo pela fala (BRASIL, 2020).

Devido ao risco de contaminação pela Covid-19, o ministério da saúde instituiu as gestantes, e as puérperas como grupo de risco frente à pandemia da Covid-19, classificando como risco as gestantes independentes da semana de gestação, e puerpério até o 14º dia de pós-parto (BRASIL, 2020). Puérperas que sofreram abortos ou perda fetal, e crianças menores de 5 anos também foram acrescentadas ao grupo de risco (CARDOSO et al., 2021).

Conforme o boletim epidemiológico da Covid-19 referente à semana 31, que é referente ao período de 26 de julho de a 01 de agosto de 2020, há presença de casos positivos da infecção pela Covid-19, que ocasionaram óbitos em gestantes. Os dados do boletim mostram, que entre a semana 01 e a semana 31, ocorreu um total de 199 óbitos em gestantes, sendo que 67,8% (135) foram confirmados para Covid-19, 26,1% (52) por síndrome respiratória aguda (SRAG) não especificado, 3,5 % (7) estavam no período com investigação em andamento e 2,5% por outras causas (SOUZA, 2021).

Acredita-se que a infecção pela Covid-19 nas gestantes, pode ocasionar em uma evolução clínica não favorável, ocasionando: aborto espontâneo, prematuridade, sofrimento fetal entre outros (CARDOSO et al., 2021).

Em casos de mães infectadas pelo SARS-COV-2, não é indicado o contato pele a pele na primeira hora de vida do recém-nascido, porém deve se realizar o contato visual da mãe com o recém-nascido ainda na sala de parto. O alojamento conjunto deve ser de modo privativo, mantendo o recém-nascido no berço com distância de aproximadamente de dois metros da mãe, mantendo o isolamento. Caso a mãe esteja em quadro grave, o recém-nascido deve ficar em quarto privativo com um acompanhante saudável, e a mãe em cuidados intensivos ou intermediários, conforme a classificação clínica dos seus sintomas (CARDOSO et al., 2021).

E a forma de infecção da Covid-19 para o feto, ocorre através da transmissão materno-fetal, por meio da transmissão vertical, que acontece por via transplacentária, no parto ou na amamentação. Apesar do risco de transmissão pela amamentação, estudos mostram que não foram encontrados vírus viáveis competentes para replicação, no leite de mulheres infectadas pela Covid-19. Com isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que os benefícios do aleitamento materno para o recém-nascido, são maiores que o risco da transmissão vertical pela amamentação (BRASIL, 2020).

A amamentação realizada pelas mães infectadas pela Covid-19, devem ser mantidas, com alguns critérios que são: a mãe e o bebê devem estar clinicamente estáveis, a mãe deve

estar se sentindo confiante para realizar a amamentação, tenha realizado a higiene das mãos, a mãe esteja fazendo uso de máscara cirúrgica durante a amamentação e/ou ordenha, em outro caso ela pode realizar a ordenha manual para coletar o leite, que é a coleta do leite ordenhando com as mãos e transferindo para um pote higienizado, e o leite será ofertado para o seu filho (CARDOSO et al., 2021).

Acredita-se que as crianças têm um papel muito importante na disseminação do vírus, avaliando que a grande maioria das crianças são assintomáticas ou têm sintomas muito leves do vírus. E quando uma criança adoece, mesmo que seja com sintomas leves, ela necessita de um contato mais próximo de um adulto o que facilita a transmissão familiar (CARDOSO et al., 2021).

No momento da pandemia nunca se precisou tanto de um serviço público de saúde, que chegue a todos, socorrer os mais vulneráveis e que são os mais expostos à infecção (DIAS et al., 2020)

2.2 Sistema Único de Saúde SUS

O projeto da Reforma Sanitária surgiu na crise: crise do autoritarismo, crise do conhecimento e da prática médica, dos serviços de saúde. Esse projeto foi construído através da resistência à ditadura e ao modelo de privatização da saúde, a luta da previdência social e a construção do Estado democrático social (FLEURY, 2009).

Em 1970 surgiu o Movimento Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), através da mobilização da sociedade brasileira em busca da redemocratização, a indignação da sociedade pelas desigualdades ocorridas (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Conforme o movimento foi ganhando força, a reforma sanitária foi mostrando que a saúde é o resultado da oferta de políticas sociais, que obtiveram emprego, moradia, educação, alimentação, saneamento básico e lazer. Assim, partindo do conceito de saúde como a qualidade de vida (ANVISA, 2002). A reforma sanitária foi um processo de transformação e dedicação pela democracia e alcançou a garantia do direito universal à saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (FLEURY, 2009).

A história do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é uma das histórias mais valentes do percurso do Brasil, principalmente no âmbito das políticas sociais (MENICUCCI, 2014). O Sistema único de saúde, popularmente conhecido como SUS, foi criado através da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. A lei dispõe de condições para promoção e proteção, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e a recuperação da saúde. Dentro da lei são inúmeros os objetivos e atribuições do sistema único de saúde (“L8080”, [s.d.]).

Além da lei 8.080 que foi referente a criação do SUS, ele também desfruta da lei 8.142/1990 que dispõe sobre a comunidade na gestão do SUS, essas leis englobam as solicitações do movimento reforma sanitária (ANVISA, 2002).

O sistema único de saúde integra a uma rede regionalizada e hierarquizada, que dispõe das seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral com observação das atividades preventivas, sem causar prejuízo aos serviços assistenciais; e a participação da comunidade (“CONSTITUIÇÃO”, [s.d.]). E a constituição brasileira de 1988 explica que a saúde é direito de todos e dever do estado, que deve garantir esse direito por meio de políticas sociais e econômicas, buscando a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011).

O financiamento do Sistema é através de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com as principais fontes pagadoras. Algumas das atribuições do SUS: controlar e fiscalizar medicamentos, equipamentos, hemoderivados e imunobiológicos entre outros; realizar ações de vigilância sanitária e epidemiológica; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; formulação e execução da política e ações de saneamento básico; incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; fiscalizar e inspecionar alimentos e águas para consumo humano; realizar o controle e fiscalizar o transporte e produção de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente (“CONSTITUIÇÃO”, [s.d.]).

O sistema único de saúde é uma política de estado, que tem o objetivo de assegurar a cidadania e ampliar os direitos sociais. Ele foi criado para promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população brasileira (BRASIL, 2011).

Os princípios e diretrizes do SUS são utilizados tanto nos serviços públicos, quanto em serviços privados contratados ou conveniados que realizam integração do SUS. Eles foram elaborados conforme as diretrizes da constituição federal (“L8080”, [s.d.]).

A saúde no Brasil teve avanços ao longo dos anos, através do crescimento e desenvolvimento da saúde, vigilância em saúde e sanitária, controle social. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que visa garantir o acesso à saúde, e estimular a qualidade de vida (BRASIL; 2009)

A saúde brasileira dispõe do sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias, que foi criado no ano 2000, para acompanhar a circulação do vírus influenza do Brasil. Em 2009 foi inserida a Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), após a pandemia do

vírus influenza A (H1N1). Desde então, o Ministério da Saúde vem fortalecendo a vigilância dos vírus respiratórios, devido a importância de saúde pública e do risco de alguns vírus causarem epidemias e/ou pandemias (BRASIL, 2019).

Rastreamento dos contatos, e fazendo busca dos contatos e dos casos suspeitos e/ou confirmados, evitando transmissão mesmo que assintomáticos, recomendando o isolamento social (BRASIL, 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS) que fica responsável de realizar esse monitoramento através da vigilância em saúde no território, sendo realizada evitando o contato, por meio eletrônico, ligação, WhatsApp entre outros (BRASIL, 2019).

A APS tem um papel importante na luta contra a Covid-19, utilizando da sua equipe multiprofissional para realizar vigilância em saúde, cuidando do indivíduo, da família e da coletividade, cuidando desse que está dentro dos atributos da APS. E realizando a vacinação, visto que a vacina contra Covid-19 está sendo realizada apenas pelo SUS (GIOVANELLA et al., 2020).

A vacinação da Covid-19 no Brasil é realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através do Programa Nacional de Imunização (PNI) que é reconhecido internacionalmente por seu sucesso de vacinação no território (SOUZA et al., 2021).

Porém, para realizar a aplicação da vacina em massa contra a Covid-19, demanda muito planejamento, armazenamento, distribuição e muitas campanhas de vacinação. A (PNI) precisou estabelecer grupos prioritários para iniciar as campanhas de vacinação (SOUZA et al., 2021).

2.3 Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde (APS), é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, individuais ou coletivas, entre elas proteção, promoção, tratamento e manutenção da saúde (SHIMAZAKI, [s.d.]).

É oferecida gratuitamente e integralmente a todos, conforme as necessidades das demandas do território, conforme os condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

A APS deve cumprir 3 funções, que são: resolução da maioria dos problemas de saúde; organização dos fluxos dos usuários no sistema de saúde; e responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer pontos da atenção, como: unidade de saúde da família, entre outros (SHIMAZAKI, [s.d.]).

É composta também por princípios que são: acesso de primeiro contato, que é a porta de entrada da APS; longitudinalidade, é a relação de vínculo entre profissional e o usuário ao

longo do tempo; integralidade, assegura que os serviços, sejam modificados conforme a necessidade das pessoas; coordenação, é o compartilhamento e informações do atendimento nos pontos de atenção básica; abordagem familiar, é a visão além do paciente, mas também dos membros da família; e enfoque comunitário, é a visão epidemiológica (SHIMAZAKI, [s.d.]).

Atenção primária à saúde é essencial, para os países que desejam um sistema de saúde com atenção qualificada, com direito à cidadania. Uma das principais portas de entrada do SUS é a APS, onde cerca de 80% dos problemas deveriam ser resolvidos. Ela demanda apoio das redes, para ampliar a sua competência de resolução dos problemas de saúde da população (CAMPOS et al.).

Para uma melhor eficácia de apoio nestas redes, foi criada a (RAS) Rede de Atenção à Saúde, que é definida como ações e serviços de saúde, de diferentes tecnologias, e integram apoio técnico, logístico e de gestão que visam a integralidade do cuidado. A RAS é descrita pela relação horizontal entre ponto de atenção com o centro de comunicação na APS, pela responsabilidade na atenção contínua e integral, e o cuidado multiprofissional (BRASIL, 2017).

Assim, APS engloba verticalmente, os serviços que geralmente são ofertados fragmentados pelo SUS (BRASIL, 2017).

Além dos princípios APS também é composta pelos atributos, e eles são importantes para o funcionamento adequado da APS, porém o atributo coordenação do cuidado tem uma importância maior, pois sem ele o acesso de primeiro contato se torna um processo administrativo, a longitudinalidade perde o seu potencial, e a integralidade ficaria prejudicada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A coordenação do cuidado na APS promove melhorias, reduz barreiras de acesso em diferentes níveis de atenção, envolvendo serviços e profissionais diferentes. A coordenação do cuidado é interligar recursos, assistências, e a comunidade (ALMEIDA et al., 2018).

A coordenação do cuidado oferece cuidados mais complexos, pois atualmente é cada vez maior o número de pessoas que necessitam de cuidados especializados (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Cuidados primários são os cuidados indispensáveis, baseados em tecnologias práticas e métodos colocados ao alcance dos indivíduos, família e comunidade. Os cuidados primários de saúde são: as condições econômicas e as características socioculturais, os problemas de saúde da comunidade, permitindo cura e reabilitação, a participação comunitária e individual no planejamento, organização, e controle dos cuidados primários entre outros cuidados (ALMA-ATA, 1978).

Cuidados primários inspiraram o estabelecimento da APS no SUS, muitos dos cuidados citados na carta de alma ata, são realizados na APS por meio do SUS, alguns deles são: imunização de doenças, planejamento familiar, cuidados de saúde materno infantil entre outros. (ALMA-ATA, 1978).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu em 12 de setembro de 1978, carta de alma ata, desenvolveu os cuidados para que eles sejam utilizados em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, para promover a saúde dos povos (ALMA-ATA, 1978).

A conferência reafirma, que a saúde é o estado de completo bem-estar mental, físico, e social, e não apenas a ausência da doença, e é um direito humano essencial (ALMA-ATA, 1978).

Dentre os cuidados primários estão problemas de saúde da comunidade, e a comunidade está interligada diretamente ao território. O território é definido como onde as pessoas vivem, trabalham, residem, circulam, sobretudo o espaço de relação e trocas (CASTRO et al., 2018).

E o desafio da atenção básica no território é de superar a repartição do território em áreas político-administrativas de ação em saúde, para uma dinâmica interna dos territórios, processos do cotidiano de descrever o território vivo (CASTRO et al., 2018).

Conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é atributo comum a todos os profissionais, realizar o processo de territorialização e mapeamento da área de abrangência da unidade, apontando as famílias e pessoas de maior vulnerabilidade e riscos (PESSOA et al., 2013).

A territorialização é o processo de habitar e vivenciar um território, conforme a análise das informações sobre a vida e saúde da população. É importante realizar a análise territorial, identificando as vulnerabilidades da população, e as prioridades. A territorialização é o processo de transformação (CASTRO et al., 2018).

Os objetivos da territorialização delimitar o território de abrangência; conhecer a infraestrutura e os recursos do território; definir a população e o perfil da comunidade; avaliar as barreiras e acessibilidades dentro da comunidade; levantar as necessidades e problemas do território; identificar o perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico (CASTRO et al., 2018).

A busca dos profissionais em conhecer o seu território de abrangência, ajuda no processo de criação de vínculo, e na relação profissional e usuário, devido a participação na comunidade (BRUNELLO et al., 2010 CASTRO et al., 2018).

Vínculo entre profissional de saúde e usuário, é uma relação pessoal longa, é uma prática que busca melhorar a qualidade do cuidado, e que facilita o tratamento, permite uma afinidade entre usuário e profissional, estabelecendo escuta e conversas de respeito, onde o usuário tem uma relação de confiança com o profissional (BRUNELLO et al., 2010).

O vínculo dentro da área da saúde ajuda a melhorar a qualidade da atenção em saúde (BRUNELLO et al., 2010). Amplia o efeito das ações de saúde, beneficia o usuário durante o serviço prestado pelo profissional (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A definição de vínculo que a APS, busca efetuar é conhecer as pessoas e os seus problemas, o vínculo deve ser amplo com toda a equipe de saúde, para entender as demandas, e as necessidades dos usuários (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O vínculo pode ser confundido com os momentos de contato profissional usuário, como: grupos, consultas, atendimentos domiciliares, esses são os momentos que propiciam a criação do vínculo, porém não significa que com apenas um desses encontros, será possível a criação do vínculo (BARBOSA; BOSI, 2017).

Ele favorece ações de promoção e saúde, atendimentos domiciliares, grupos, auxilia na realização do atendimento humanizado, e da clínica ampliada, melhora a adesão terapêutica de usuários de programas (hipertensão, diabetes, tuberculose, pré-natal entre outros) (BARBOSA; BOSI, 2017).

Essa proximidade foi prejudicada, devido às restrições de contatos, medidas de distanciamento, e os medos, medo de se contaminar, de contaminar o familiar, ou o usuário (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

O distanciamento com o usuário ocasionado pela pandemia, reduz ações de promoção e prevenção a saúde, diminui o vínculo usuário e profissional, independente do profissional da APS seja ele: enfermeiro, médico, dentista, ou até o agente comunitário de saúde (ACS) que geralmente tem o contato mais próximo com usuário, pois sempre realiza visita domiciliares, aos usuários (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

Visto que o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), é vinculado às relações dentro do território, eles possuem conhecimento no território, proximidade com a família, e durante a pandemia o trabalho no território foi prejudicado, devido às medidas de distanciamento, onde foi realizado atendimentos internos na unidade e através de contatos telefônicos (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

2.4 Saúde materno-infantil, promoção e prevenção em saúde

A unidade básica de saúde (UBS) ou unidade de saúde da família (USF), devem ser a porta de entrada das gestantes ao sistema único de saúde (SUS), onde a gestante deve ser acolhida, e ter o seu acompanhamento longitudinal (é o seu vínculo com a equipe, é uma relação de longa duração entre profissional e usuário) e continuado (BRASIL, 2012).

A atenção básica deve conhecer a sua população adscrita, às mulheres em idade fértil que não desejam engravidar, as em idade fértil de desejam engravidar, a inclusão da parceria sexual para participar das escolhas, métodos contraceptivos, consultas de pré-natal, de puericultura (BRASIL, 2012).

A assistência ao pré-natal, deve atender às reais necessidades da população gestante do território, buscando utilizar do conhecimento técnico-científico, e recursos disponíveis conforme cada caso (BRASIL, 2012).

Quando a atenção básica contribui no planejamento familiar, ocorre a redução da mortalidade materna e infantil; diminui o número de partos cesárias, gestações não desejadas, abortos provocados, aumenta o intervalo entre as gestações, e possibilita planejar a gestação, entre outros (BRASIL, 2012).

A mulher quando está gestante, necessita de serviços de saúde e assistência, e acompanhamento para realização de consultas, que é chamado de pré-natal. É direito da mulher durante o período gestacional, ter uma assistência de qualidade, com isso os municípios devem ter serviços de saúde para atender as gestantes, prestando a devida assistência durante o pré-natal, parto e puerpério (DIAS; RICARDO, 2014).

Quando realizado o pré-natal corretamente na atenção básica, ele diminui o risco de complicações durante a gestação, e facilita a equipe no momento do parto, diminuindo o risco de infecções. A atenção básica tem a visão de atendimento integral à usuária (DIAS; RICARDO, 2014).

“O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2012).

É importante que os profissionais da atenção primária em saúde, orientem a mulher e a família, sobre a autonomia em seu corpo para realizar as suas escolhas em relação ao parto, seja ele parto normal ou cesárea, sempre explicando os prós e contras e avaliando as desejos

da mulher e da família, para a escolha do melhor para cada gestação e cada pessoa, explicar o que é violência obstétrica, assegurar o direito da atenção humanizada (MISQUITA et al., 2020).

Após o parto a maternidade deve enviar a carta de alta ou guia de contrarreferência, com que dados relatando o que foi realizado, como os procedimentos, medicações, intercorrências ocorridas no período, para ciência da equipe da atenção primária à saúde acompanhou a usuária durante todo o pré-natal. E informações sobre o recém-nascido, principalmente caso que a equipe tenha que intervir em algum cuidado nos primeiros dias. Realizando assim toda uma linha de cuidado materno-infantil (BRASIL, 2012).

A política nacional de humanização visa acolher e reconhecer o outro, durante os três períodos importantes, gravidez, parto e puerpério, é importante durante o pré-natal explicar sobre as alterações no metabolismo, e agora em tempos de pandemia, explicar das importâncias dos cuidados para evitar a Covid-19, pois as gestantes estão no grupo de risco (MISQUITA et al., 2020).

O pré-natal de baixo risco deve ser acompanhado pela atenção básica, o início precoce é importante para a adequada assistência, sendo o número ideal de consultas igual ou superior a 6 consultas durante a gestação (BRASIL, 2012).

Algumas mulheres podem ter maior probabilidade de evoluir para a gestação de alto risco, devido a alguns fatores de risco, entre eles estão alguns como: idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos, sobrepeso e obesidade, anemia, síndromes hipertensivas entre outros, os profissionais enfermeiros e médicos são importantes neste momento, para identificar esses riscos precocemente, e para reduzir a morbimortalidade materno-infantil. Essas mulheres devem ser acompanhadas na especialidade e na atenção básica (BRASIL, 2012).

Estão no grupo de risco da Covid-19 pois elas, têm mais probabilidades de complicações, para si e para o feto, podendo ocorrer parto prematuro (MISQUITA et al., 2020).

Em um estudo realizado em 2020, com 32 gestantes cardiopatas apresentou os seguintes resultados, as gestantes que se apresentaram assintomáticas em 22% dos casos, mas 6% necessitarem de cuidados de suporte avançado de vida em unidade de terapia intensiva devido a Covid-19, 27 mulheres realizaram parto cesárea, e 47% dos partos aconteceu antes de 36 semanas de gestação, porém neste estudo não foi observado nenhum caso de morte materna e nenhum caso de transmissão vertical do vírus (HOLANDA et al., 2020).

Todos os profissionais da APS devem realizar atendimento humanizado, que é acolher, receber a mulher o (a) companheiro (a), o recém-nascido e a sua família, buscando assistir estes,

da melhor forma possível, durante a gravidez, parto, puerpério, e puericultura realizando a promoção e prevenção desta criança mesmo após o nascimento (MISQUITA et al., 2020).

O atendimento humanizado no pré-natal é um programa, instituído pela Portaria/GM nº 569 de 01/06/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo melhoria do acesso, da cobertura, e da qualidade de acompanhamento da gestante, do parto e puerpério, garantindo o direito da cidadania (BRASIL, 2000).

A gestante/puérpera assim como os seus familiares e o RN, devem ser recebidos com ética, solidariedade e respeito, em ambiente acolhedor, com atendimento digno e de qualidade, evitando práticas de intervenção desnecessárias, que não beneficiam a mulher e o recém-nascido (BRASIL, 2012).

Puérpera é considerada toda aquela mulher que teve um parto/aborto até 42 dias do pós-parto, parto com feto vivo ou não. Assim como o recém-nascido, deve passar por consulta nos primeiros dias de vida, a puérpera também tem que ser acompanhada nos primeiros dias do pós-parto, seja ou consulta ou por atendimento domiciliar, chamada de “Primeira Semana de Saúde Integral”, que evitar agravos à puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

Toda mulher tem direito assegurado de ser atendida na maternidade no momento do parto; tem direito a assistência ao parto e puerpério de forma humanizada; o recém-nascido tem direito a assistência neonatal humanizada e segura (BRASIL, 2012).

E a atenção básica deve se preocupar com a primeira semana de vida do recém-nascido, devido aos riscos, as dificuldades com os cuidados com o recém-nascido, garantir a saúde no binômio mãe e recém-nascido, e estimulando sempre a participação do pai nos cuidados, e estimular o aleitamento materno (BRASIL, 2012).

Devido a ampliação da cobertura da estratégia de saúde da família, houve a diminuição da taxa de mortalidade infantil, nas últimas décadas do Brasil (BRASIL, 2012).

“Os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010. Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis” (BRASIL, 2012).

Entre vários indicadores o mais importante é o de taxas de mortalidades infantis, com isso se busca a melhoria dos índices de mortalidade infantil, através da realização do pré-natal e parto adequadamente, e das consultas de puericultura (BRASIL, 2012).

Devido a essas cautelas com a saúde materno -infantil, foi criada a rede cegonha é uma portaria criada em 24 de junho de 2011, que visa assegurar o direito das crianças ao nascimento

seguro, desenvolvimento e crescimento saudável, a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gestação o (BRASIL, 2011).

A rede é composta por 4 componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Além dos princípios que entre eles estão: respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; garantia dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e reduzir a mortalidade materna infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Um dos cuidados que o estado de Mato Grosso do Sul tem em relação à saúde materno-infantil, é relacionado a lei sobre violência obstétrica na lei número 5.217 de 2018, ele é um dos poucos estados que possuem esta lei que visa assegurar às mulheres, da violência obstétrica, a lei elenca várias das práticas consideradas violência e orienta as mulheres como realizar a denúncia (“Lei Nº 5217 DE 26/06/2018 - ESTADUAL - MATO GROSSO DO SUL - LEGISWEB”, [s.d.]).

A violência obstétrica é mais uma das variadas violências de gênero, que as mulheres sofrem, é composta por preconceitos e discriminações relacionadas à sexualidade, que refletem na saúde da mulher e a forma que elas são tratadas pelos profissionais de saúde. É uma violência que a mulher pode sofrer durante a gestação, parto e pós-parto, desrespeitando a mulher, a sua autonomia, o seu corpo, e a sua reprodução, podendo ser de forma física, verbal ou sexual (LEI Nº 5217 DE 26/06/2018 - ESTADUAL - MATO GROSSO DO SUL - LEGISWEB, [s.d.]).

A violência obstétrica impacta negativamente na qualidade de vida contribuindo no aumento dos índices de mortalidade materna no país, causadas por infecções devido aos procedimentos obstétricos invasivos. Quem pode realizar a violência obstétrica, toda a equipe multiprofissional (LEI Nº 5217 DE 26/06/2018 - ESTADUAL - MATO GROSSO DO SUL - LEGISWEB, [s.d.]).

São exemplos de violência obstétrica: xingamentos, comentários constrangedores relacionado à raça, etnia, religião entre outros; episiotomia (pique vaginal); amarrar a mulher durante o parto; negar anestesia, até mesmo no parto normal; toques repetitivos, sem esclarecimentos e sem o consentimento da mulher; impedir o contato pele a pele ou o aleitamento materno na primeira hora; cesariana desnecessária e sem informações dos riscos, entre outras formas de violência obstétrica (LEI Nº 5217 DE 26/06/2018 - ESTADUAL - MATO GROSSO DO SUL - LEGISWEB, [s.d.]).

Orientar durante o pré-natal as mulheres sobre a violência obstétrica e informar sobre a lei que a assegura, e contribuir para diminuição dos índices de mortalidade materna, e promover a saúde e prevenir agravos (LEI Nº 5217 DE 26/06/2018 - ESTADUAL - MATO GROSSO DO SUL - LEGISWEB, [s.d.]).

A promoção da saúde é estimular a autonomia dos indivíduos, através de políticas públicas intersetoriais que buscam a melhoria da qualidade de vida. Tem como significado aumentar a saúde e bem-estar dos indivíduos (CZERESNIA, 2003[s.d.]).

A promoção em saúde busca estimular e promover o autocuidado, não sendo responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e sim sendo também responsabilidade do indivíduo (LOPES et al., 2010).

Em 1986 aconteceu em Ottawa uma Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, que propõe como qualidade de vida fatores como: educação, alimentação, renda, entre outros (CZERESNIA, 2003[s.d.]).

A promoção da saúde é constituída pelo cuidado que cada um tem consigo mesmo. A saúde é um conceito positivo neste caso, que não é uma responsabilidade exclusiva do setor, e sim um estilo de vida saudável mudanças de hábitos do usuário. A promoção da saúde gera melhoria das condições de trabalho, e vida (CONASS,1986).

Ela trabalha reforçando as ações comunitárias, através de estratégias que visam a melhoria das condições de saúde. Capacitando a comunidade, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e de saúde, gerar melhoria na participação deste no processo do autocuidado (CONASS,1986).

Para se ter saúde é necessário ter as condições, e recursos fundamentais, que são esses: educação, paz, habitação, alimentação, renda, justiça social, equidade, ecossistema estável e recursos sustentáveis (CONASS,1986).

Promoção e prevenção de saúde são facilmente confundidas, pois as técnicas da promoção em saúde, assim como da prevenção em saúde fazem uso de conhecimentos científicos, pois buscam melhorias da qualidade de vida dos indivíduos, o que pode causar indiferença dos termos e confusão (CZERESNIA, 2003[s.d.]).

A prevenção em saúde é uma ação precedente, fundamentada no conhecimento e na história, a fim de mudar o progresso da doença (CZERESNIA, 2003[s.d.]).

As ações de prevenção quando realizadas através das intervenções orientadas a fim de impedir o princípio de doenças, reduzem sua incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 2003[s.d.]).

A prevenção em saúde tem o intuito de reduzir os riscos de adquirir uma doença, ela tem as suas classificações, que são: prevenção primária, secundária, terciária e quaternária. A prevenção primária: é a ação para remover fatores de risco de saúde individual e populacional; secundária: é ação para detectar um problema de saúde no estágio inicial, no indivíduo ou na população, com o objetivo de prevenir ou reduzir a disseminação; terciária: é a ação para diminuir problemas agudos e crônicos no indivíduo ou população; quaternária: detecção de usuários em risco de intervenções/diagnósticos excessivos para protegê-los de novas intervenções (BADALOTTI; LISANDRA, 2017).

A prevenção em saúde junto com a educação em saúde busca através de informações científicas, realizar mudanças de hábitos dos indivíduos e família (CZERESNIA, 2003[s.d.]).

2.5 Educação em saúde

Assim como a promoção e a prevenção de saúde, a educação em saúde auxilia para o tratamento precoce e eficaz das doenças, e juntos realizam ações individuais ou em grupos dentro da comunidade (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

A educação está presente na vida do ser humano, as pessoas que estão envolvidas no contexto educativo, sofrem modificações de ambas as partes (MACIEL, 2009).

Educação em saúde inicialmente chamada de educação sanitária, no Brasil surgiu no início do século XX, devido a necessidade de controlar doenças infectocontagiosas, como: tuberculose, febre amarela, sífilis entre outras, doenças essas que estavam relacionadas com as péssimas condições sanitárias do país (MACIEL, 2009).

Durante esse período, a população era convencida sobre a necessidade de realizar as vacinas e os cuidados de higiene, e eram obrigados a acatar as ordens impostas. Diante da insatisfação das pessoas surgiu o movimento revolta da vacina em 1904 (MACIEL, 2009).

E no início da década de 70 os profissionais da saúde insatisfeitos, iniciaram ações inicialmente experimentais sobre educação em saúde, criando o Movimento Popular em Saúde ou Educação Popular em Saúde (MACIEL, 2009).

A Educação Popular em Saúde buscou, obter autonomia e direito das pessoas, foi traçada de troca de saberes e diálogos (MACIEL, 2009).

Através da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde, no ano de 1988, sistema esse que é voltado para realizar prevenção, e então a educação em saúde passou a ser mais divulgada (MACIEL, 2009).

A educação em saúde é realizada por meio de diálogo, entre as partes, que respeita os saberes populares, incentiva a autonomia e o cuidado com a própria saúde (MACIEL, 2009). Educação em saúde é mais do que transmitir informações, é amplificar a capacidade de intervenção das pessoas, dentro do seu próprio contexto de vida (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Durante a pandemia, muitas consultas foram suspensas/canceladas, a APS ganhou um novo olhar sobre as medidas de promoção e prevenção da população, e de educação em saúde, mostrando que a APS pode ser efetuada de várias maneiras, e a Covid-19, mostrou a necessidade de ela evoluir, por meio da criação de vídeos e *posts* em redes sociais (SANTOS et al., [s.d.]).

Em 2020 foi realizado uma pesquisa online com grávidas chinesas, sobre os cuidados do pré-natal durante a pandemia da Covid-19, onde apresentou que 20% tinham medo de ir em qualquer consulta em hospital, e 40% tinham receio de ir em consulta de pré-natal, e mais da metade, adiou ou cancelou as suas consultas de pré-natal. Essas atitudes mostram o quanto as gestantes estavam preocupadas, e ansiosas com o risco de se infectar pelo vírus da Covid-19. Com isso, o pré-natal online é uma opção para não deixar essas mulheres sem assistência (WU et al., 2020).

O atendimento de pré-natal online seria uma alternativa preferível para essas gestantes, pois fornece informações, motiva uma vida saudável, e esse atendimento é realizado via aplicativo de telefone (WU et al., 2020).

Assim como também é importante criar meios de educação em saúde online, não necessariamente realizando consultas online, mas realizando a promoção e prevenção e o autocuidado, de gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, visto que durante a pandemia essas pessoas ficaram desassistidas de orientações, dicas de autocuidado e de educação em saúde, e os meios on-line estão presentes nas vidas dos usuários e dos profissionais de saúde, e é um meio da equipe trabalhar com os seus usuários (NASS et al., 2019).

É fundamental que a equipe de saúde saiba reconhecer quais os problemas, e vulnerabilidades, da sua área de abrangência, e qual a sua necessidade para iniciar a educação em saúde na APS. Esse espaço contribui para o desenvolvimento da equipe, no lado pessoal e profissional, e valorizando os meios de intervir, através das oportunidades do processo saúde-doença (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Um importante instrumento para realizar uma boa educação em saúde, é a comunicação, e o trabalho em equipe, e é fundamental que a equipe pense no usuário para elaborar a educação (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

O trabalho em grupo na atenção primária é uma opção de educação em saúde, e uma possibilidade de práticas assistenciais (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Grupo ou sistema humano, é um conjunto de pessoas preparadas para se reconhecerem, e compartilhar os seus objetivos, onde todos têm direito de falar, e expor a sua opinião. O grupo deve ser de pessoas com objetivos semelhantes, mesmo que tenham identidades diferentes, porém não se deve misturar os objetivos por exemplo, diabéticos com puérperas, hipertensos com gestantes, deve-se separar os focos dos grupos, para facilitar a dinâmica entre eles (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

O profissional de saúde utilizar o grupo como forma de ajudar o usuário, utilizar como forma de socializar, como maneira de procurar alternativas para realizar satisfações interpessoais, como meio de incentivar diabéticos, hipertensos a melhorar a qualidade de vida (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Tem como vantagem facilitar o conhecimento entre os membros, quebrar a visão vertical profissional-paciente (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Além dos grupos, outro meio de educação em saúde, é realizando rodas de conversa, onde são compartilhadas tarefas, análise dificuldades para colocá-las em prática (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Visto que bons resultados de educação em saúde, irão colaborar para a diminuição dos usuários na unidade, e proporcionar maior satisfação relacionado ao seu autocuidado, de melhorar índices de vacinação (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

O presente plano de intervenção, realizado na cidade de Campo Grande, MS, na USF Dr. Judson Tadeu Ribas, que fica localizada no bairro das Moreninhas III.

A proposta surgiu através de uma conversa entre três enfermeiras da unidade, com a intenção de fortalecer e melhorar o vínculo usuário e profissional, profissionais de ensino superior, foram convidados e receberam informações, sobre a proposta do grupo remoto, durante o período de canal teórico dos residentes que funciona como momento de estudo e aprendizado.

Com a proposta da criação de um grupo remoto via aplicativo WhatsApp, com participação das gestantes, puérperas ou mães com filhos menores de 2 anos, que residam na área de abrangência da USF Dr. Judson Tadeu Ribas.

Essas mulheres devem ter telefone celular próprio com acesso à internet, e fazerem uso do aplicativo de mensagens online WhatsApp. Os dados como, telefone celular serão coletados durante as consultas de rotina, (são consultas na maioria das vezes agendadas, ou que o usuário procura atendimento, porém não se encontra em situação de urgência/emergência), e preenchidos na planilha do Excel de cada equipe, então a enfermeira da equipe Maria de Oliveira irá pegar esses contatos, e adicionar as mulheres no grupo. A mulher quando adicionada no grupo ficará ciente dos objetivos do grupo.

Não há critérios para exclusão, a mulher depois de adicionada no grupo fica responsável de sair do grupo, quando desejar. Não será exposto no grupo, nenhum prontuário das participantes.

Neste grupo também será composto por alguns profissionais de ensino superior, da unidade que desejarem participar da composição.

O grupo de educação em saúde, que será realizado por meio de grupo remoto via WhatsApp, buscando realizar a promoção e prevenção de saúde, de qual forma, promovendo o autocuidado buscando melhorar as condições de saúde. Prevenindo com condutas a remoção de fatores de risco, diminuindo agravos, diminuindo o consumo do leite artificial, através de estímulos para a prática de amamentação exclusiva até os 6 meses, informando sobre o calendário vacinal e estimulando a realização das consultas de rotina. Além da educação em saúde materno infantil, o grupo também irá informar sobre os fluxos, horários, e informação sobre a USF.

Será utilizado como metodologia vídeos educativos, orientações, bate-papo (perguntas e respostas), fluxos, folders online, informes/cartilhas do Ministério da Saúde, e da Secretaria de Saúde de Campo Grande, e do Estado, serão lançadas sempre semanalmente ou quinzenalmente por meio dos profissionais, promovendo conversas e troca de experiências.

O grupo também deseja melhorar cada vez mais o vínculo profissional e usuários.

O vínculo, pode ajudar no processo de adesão às consultas, pois o usuário passa a compreender a importância da adesão às consultas, a partir do momento que ele confia no profissional (BRUNELLO et al., 2010). A estratégia do grupo remoto contribui durante a pandemia, no enfrentamento do isolamento, distanciamento social e quarenta, e o grupo auxilia no vínculo com a equipe, mesmo com o distanciamento devido a pandemia do covid-19.

O monitoramento será realizado através da avaliação da adesão às consultas de rotina, avaliando se as usuárias presentes no grupo, e os seus filhos, estão realizando ou realizaram, o quantitativo preconizado pelo ministério da saúde, que é de 06 consultas no pré-natal, e 07 consultas de puericultura no primeiro ano de vida da criança. Se houve melhora da prática, do aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de vida.

Apresentação do plano de ação dos objetivos do grupo:

O que fazer?	Para quem fazer?	Como fazer?	Por que fazer?	Materiais necessários	Resultados esperados	Parâmetros de avaliação
Aumentar o quantitativo de consultas de rotina de pré-natal, puerpério e puericultura.	Mulheres durante pós-parto, gestantes, (participantes do grupo). As crianças não entram nesse dado, por serem melhores de idade, e as mães que foram aprender com as atividades.	Realizando informações via grupo de aplicativo de conversas WhatsApp. Orientando a importância das consultas, do acompanhamento, mesmo durante a pandemia.	Como uma forma de prevenir agravos na saúde do público-alvo.	Cartilhas online, figuras, folders online, vídeos educativos.	Aumento no quantitativo de consultas, e dos indicadores, e consequentemente melhor os índices de vacinação, pois essas pessoas irão na unidade passando em consultas, e sendo informadas.	Pelo quantitativo de consultas realizadas, avaliados na planilha do Excel, a usuária deverá estar ou ter realizado o quantitativo preconizado pelo ministério da saúde conforme cada ciclo de vida.
Melhorar o vínculo com a equipe.	Mulheres durante pós-parto, gestantes, (participantes do grupo).	Realizando através das conversas realizadas nos grupos, trocando experiências, e da proximidade/contacto que o usuário passar a ter com o profissional.	Pois o vínculo se mostrou um importante fator na adesão terapêutica.	Não há necessidade, pois o vínculo será conquistado através das conversas no grupo.	Melhora da adesão terapêutica.	A satisfação do usuário com a equipe.

4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

Espera-se, que com a realização do grupo de educação em saúde materno-infantil, haja um aumento nos índices de consultas de rotinas, de pré-natal e puericultura, melhorando os indicadores da unidade referente aos mesmos.

Que com a realização de promoção e prevenção em saúde, as participantes tenham melhoria na sua autonomia e na sua qualidade de vida, através das orientações passadas pelos profissionais.

Melhora da adesão às vacinas, com as informações sobre o calendário vacinal, e aumentar os índices de bebês em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.

A educação em saúde por meio de grupo remoto, é uma forma de não deixar de realizar a educação em saúde em tempos de pandemia, pois através da forma remota não se tem contato direto com os usuários, não os colocando em risco de contaminação, e não deixando os usuários sem esse tipo de educação.

Visto que, o trabalho em grupo favorece todos os envolvidos, os usuários são beneficiados, pois estimula a autonomia, explica sobre a necessidade da adesão às consultas e/ou tratamentos, aos profissionais, que além de orientar, explicar, eles aprendem com as trocas de informação.

Atualmente as equipes têm um bom vínculo profissional e usuário, mas a proposta do grupo remoto é melhorar esse vínculo, e facilitar a criação desse vínculo principalmente com a gestante após a primeira e a segunda consulta, pois esse é um momento que elas ainda não têm confiança no profissional, devido ao contato recente e ao pouco contato.

Espera-se que, o vínculo profissional e usuários seja ampliado, visto que esse processo tem impacto na saúde da população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a pandemia afetou muito a vida das pessoas, e trouxe muitas mudanças no estilo de vida, gerou agravos na saúde, devido ao alto número de pessoas infectadas pelo SARS-COV-2, pelos agravos devido à falta de adesão terapêutica, em pacientes que necessitam de acompanhamentos, como: diabéticos, hipertensos, gestantes e puericultura, e também aos abalos psicossociais, ocasionados devido ao isolamento, distanciamento, problemas econômicos entre outros.

Com o meio de educação em saúde materno-infantil, de forma remota via aplicativo de conversa do WhatsApp, facilitará aos usuários a se manterem informados sobre informações, fluxos, horários, além de dicas/informações de autocuidado, facilitará principalmente as mães com informações básicas, sem necessitar de tirar as dúvidas diretamente na unidade.

E a educação em saúde materno-infantil, é um processo educativo importante para os profissionais e para os usuários. Para os usuários é importante, devido às ações de promoção e prevenção em saúde, onde eles aprendem a realizar o autocuidado. Para os profissionais, é um valoroso meio de aprendizagem e troca de conhecimento.

Além do vínculo profissional com o usuário, que incentiva a participação no serviço de saúde, amplia a efetividade dos serviços de saúde ofertados pela equipe (SCHIMITH; LIMA, 2004).

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.

ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA). Cartilha de Vigilância Sanitária. 2002. Disponível em: > https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf > Acesso em: 01 dez. 2021.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1003–1022, dez. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica n. 32**. Atenção ao pré-natal de baixo risco. DF. 2012. Disponível em: > https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf > Acesso: 29 de ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica n. 33**. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. DF. 2012. Disponível em: > http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf > Acesso: 28 ago. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 7 jan. 2022a.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 7 jan. 2022b.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 10 jan. 2022c.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. DF. p. 88, 2019.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Manual de Recomendações para a assistência a gestante e puérpera frente a pandemia de Covid-19. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS 20 anos: a saúde do Brasil**. Brasília, Brasil: Editora MS, 2009.

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, G. E.; ANDRADE, R. L. P.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 131–135, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; GUITIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família.

CAMPOS, G. W.S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Trato de saúde coletiva.** 2006. Disponível em:> <https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/artigos/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf> >. Acesso em: 12 de set. 2021.

CARDOSO, P. C.; SOUSA, T. M.; ROCHA, D. S.; MENEZES, L. R. D. Maternal and child health in the context of COVID-19 pandemic: evidence, recommendations and challenges. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. suppl 1, p. 213–220, fev. 2021.

CASTRO, M. L.; BARBARÁ, P.; GIMENES, T. C. V. **Território e territorialização na Atenção Básica.** 20018.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, **Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: < <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf> >. Acesso em: 18 nov. 2021.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, **Ottawa. Carta de Ottawa.** In: BRASIL. Ministério da Saúde.

Constituição. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 7 jan. 2022.

COVID-19 e os Povos Indígenas. Disponível em: <<https://covid19.socioambiental.org/>>. Acesso em: 6 jan. 2022.

CZERESNIA, D. **O CONCEITO DE SAÚDE E A DIFERENÇA ENTRE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO.** p. 7, [s.d.].

DIAS, J. A. A.; DIAS, M. F. S. L.; OLIVEIRA, M. Z.; FREITAS, L. M. A.; SANTOS, N. C. N.; FREITAS, M. C. A. Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 1 out. 2020.

DIAS, R. A. **A importância do pré-natal da Atenção Básica.** UFMG. Minas Gerais. 2014.
DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O TRABALHO DE GRUPOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA.** v. 12, n. 2, p. 7, 2009.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00321153, jan. 2021.

FILHO, I. M. M. SOUSA, T. V.; FILHA, F. S. S. C.; PERERIRA, M. C.; VILNOVA, J.M.; SILVA, R. M. Fatores sociodemográficos e emocionais associados à tolerância nas relações de amizade na pandemia pela covid-19. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e2, 16 nov. 2020.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743–752, jun. 2009.

GIOVANELLA, L. MARTUFI, V. MENDONZA, D. C. R.; MENDONÇA, M. H. M.; BOUSQUAT, A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 161–176, 2020.

HOLANDA, L. S.; VIEIRA, L.; CAMPOS, M. T.; HOLANDA, V. B. T.; SILVA, I. A. C.; SERFATY, D.; JUNIOR, F. M. V. Infecção por COVID-19 em Gestante Cardiopata. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 5, p. 936–938, 18 nov. 2020.

HOUVÊSSOU, G. M.; SOUZA, T. P. DE; SILVEIRA, M. F. DA. Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e2020513, 2021.

IBGE | Cidades | Mato Grosso do Sul | Campo Grande | Panorama. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>>. Acesso em: 5 jan. 2022.

L8080. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 7 jan. 2022.

Lei Nº 5217 DE 26/06/2018 - Estadual - Mato Grosso do Sul - LegisWeb. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=361631>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

LOPES, M. DO S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 461–468, set. 2010.

MACIEL, M. E. D. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E PROPÓSITOS. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, 14 dez. 2009.

MALTA, D. C.; GOMES, C. S.; SILVA, A. G.; CARDOSO, L. S. M.; BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; JUNIOR, P. R. B. S.; SZWARCOWALD, C. L. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2833–2842, jul. 2021.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77–92, mar. 2014.

MISQUITA, M. S. SILVA, P. G.; BRAZ, G. A.; SOUSA, A. B. A. G.; MELO, D. F. C.; MELO, F. N. P. Atendimento de gestantes na atenção primária a saúde pela enfermagem durante a pandemia do SARS-COV-2. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 269, p. 4723–4730, 22 out. 2020.

NASS, E. M. A.; MARCON, S. S.; TESTON, E. F.; PERUZZO, H. E.; MONTESCHIO, L. V. C.; BEGA, A. G.; HADDAD, M. C. F. L. Perspectiva de jovens com diabetes sobre intervenção

educativa na rede social Facebook®. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 390–397, ago. 2019.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, set. 2013.

FAUSTINO, M. GRANDE, CGN.-A. M. DE N. DE C. **Sistema desenvolvido pela Prefeitura auxilia no monitoramento de pacientes com Covid-19 | CGNotícias**. Disponível em: <<http://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticias/sistema-desenvolvido-pela-prefeitura-auxilia-no-monitoramento-de-pacientes-com-covid-19/>>. Acesso em: 10 jan. 2022b.

FELIPE, E. J. M.; **Organização Urbana Bairro Moreninhas Campo Grande-MS - Seminário**. Disponível em: <<https://www.trabalhosgratuitos.com/Humanas/Economia/Organiza%C3%A7%C3%A3o-Urbana-Bairro-Moreninhas-Campo-Grande-MS-1444353.html>>. Acesso em: 5 jan. 2022.

FOUCAULT. M. **O Nascimento da medicina Social**. Disponível em: > https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4596189/mod_resource/content/1/Michel%20Foucault%20-%20O%20nascimento%20da%20Medicina%20Social.pdf >. Acesso: 25 set. 2021.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253–2262, ago. 2013.

SÁ, M.; GRANDE, C.G.N.A. M. DE N. DE C. **Prefeitura se reinventa na pandemia e cria canais diretos de informação sobre a Covid | CGNotícias**. Disponível em: <<http://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticias/prefeitura-se-reinventa-na-pandemia-e-cria-canais-diretos-de-informacao-sobre-a-covid/>>. Acesso em: 10 jan. 2022a.

SANGALLI, A.; SOUSA, N. M. DE. In(formação), interculturalidade e a Covid-19 em territórios indígenas de Mato Grosso do Sul. **Liinc em Revista**, v. 16, n. 2, p. e5384, 17 dez. 2020.

SANTOS, A. L. C.; SANTOS, L. T. R.; TELES, R. M.; TELES, S. C. S.; FREITAS, P. A. **PRINCIPAIS IMPACTOS GERADOS NO MANEJO DAS GESTANTES DURANTE O PRÉ-NATAL FRENTE A PANDEMIA DA COVID-19**. p. 23, [s.d.].

SAÚDE, S.-S. M. DE. **Unidades de Saúde | SESAU | Página 4**. Disponível em: <<http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/ubs-anhandui/>>. Acesso em: 5 jan. 2022.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. DA S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487–1494, dez. 2004.

SENHORAS, E. **BOLETIM DE CONJUNTURA**. v. 1, n. 1, p. 6, 2020.

SHIMAZAKI, M. E. **1.O conceito de Atenção Primária**. p. 8, [s.d.].

SILVA, G.; BARROS, M.; ROSEL, P. **Projetos sociais oferecem atendimento à famílias vulneráveis durante a pandemia em Campo Grande**. 2021. Disponível em: > <http://www.primeiranoticia.ufms.br/cidades/projetos-sociais-continuam-a-atender-familias-durante-pandemia-de/1630/> > Acesso: 10 nov. 2021.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. DE. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 204–218, mar. 2016.

SOUZA, J. B.; POTRICH, T.; BITENCOURT, J.V. O. V.; MADUREIRA, V. S. F.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; MENEGOLLA, G. C. S. COVID-19 vaccination campaign: dialogues with nurses working in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2021.

SOUZA, E. C. **Boletim epidemiológico**. ed. [s.l.] Even3 Publicações, 2021. p. 7–7.

VENTURA, D. **PANDEMIAS E ESTADO DE EXCEÇÃO**. p. 22, 2009.

WU, H.; SUN, M. W.; HUANG, X.; YU, M. S.; WANG, H. M.; BI, B. X.; SHENG, J.; CHEN, S.; AKINWUNMI, B. Online Antenatal Care During the COVID-19 Pandemic: Opportunities and Challenges. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 7, p. e19916, 22 jul. 2020.

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

0132/2021


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 2) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 3) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 4) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 30 de Dezembro de 2021.

Walter de S. Alencar
Pesquisador (a)

Everson Raul Borges
Orientador(a)


Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadora-Geral de Educação em Saúde/SESAU

Em ter., 30 de nov. de 2021 às 16:12, sesau.gep. pep <sesau.gep.pep@gmail.com> escreveu:

Boa Tarde!

Informamos que somos de Parecer Favorável à realização da Pesquisa: **“Educação em Saúde Materno-Infantil em tempos de pandemia do COVID -19”**, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, e nos colocamos à disposição para apoiá-las neste projeto.

A Área Técnica da Divisão de Ações Programáticas e Políticas Estratégicas da Coordenadoria da Rede de Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU), faz a seguinte consideração:

- Ao finalizá-la, solicitamos nos fornecer os resultados encontrados para elaboração de possíveis melhorias por meio de planejamento de ações e atividades aos profissionais, caso seja necessário.

Para andamento da autorização do Projeto de Pesquisa em questão, por gentileza, preencher, assinar e enviar como resposta a este e-mail, o Termo de Parceria para Pesquisa na área da Saúde (Termo de Responsabilidade e de Autorização), anexos.

Lembrando que, para Pesquisas com Seres Humanos, esta deve passar pelo Comitê de Ética, e após aprovada no Comitê, e para que a execução da Pesquisa aconteça, deverá ser enviado via e-mail: (sesau.gep.pep@gmail.com) uma cópia do Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo. Somente após este envio, é que a pesquisa pode ser realizada.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos que se fizerem necessários

Atenciosamente,

Bianca Vasconcelos

Gerência de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde

CGES-SESAU