

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AGATHA SCARPA

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19

SÃO CARLOS - SP

2023

AGATHA SCARPA

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

SÃO CARLOS - SP

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Scarpa, Agatha

Estratégias de gestão na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de COVID-19/
Agatha Scarpa-- 2023.
68f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Vivian Aline Mininel

Banca Examinadora: Vivian Aline Mininel, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva,
Valéria Marli Leonello

Bibliografia

1. Gestão em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. COVID-19. I. Scarpa, Agatha. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Agatha Scarpa, realizada em 30/08/2023.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel (UFSCar)

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva (UFSCar)

Profa. Dra. Valéria Marli Leonello (USP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmãos, por todo amor e incentivo.

Ao Vinícius e ao Benjamin, minhas razões de não esmorecer.

À Laura, que veio de surpresa mudando todas as respostas.

À Vivian e Jaqueline, por ajudarem a trilhar o caminho.

À minha amiga Roberta, companheira nessa jornada.

Às mães trabalhadoras e pós-graduandas.

Aos trabalhadores que bravamente enfrentarem a pandemia de COVID-19.

AGRADECIMENTOS

À professora Vivian pela paciência e por não me deixar desistir.

À professora Valéria pelas reflexões que me causou e por demonstrar na qualificação que é possível ser mãe e pós-graduanda.

À minha amiga Jaque, que sempre me desafia.

Ao Vinícius. Eu não conseguiria sem o seu suporte e seu amor.

À minha família que me incentivou, compreendeu minhas ausências e foi rede de apoio sempre que precisei.

Ao amigo Edson, meu filhote desde a graduação.

Aos professores que me ajudaram a trilhar a jornada até aqui, com dedicação e paciência.

À minha amiga Lívia, pela companhia e apoio.

À Bruna, Michelle (*in memoriam*) e Anna por tornarem os dias mais leves.

Ao amigo Alê, por seguir conosco.

Aos colegas de trabalho por dividirem os problemas e as risadas.

Aos gestores que participaram desse estudo.

Ao grupo de pesquisa Gestão, Formação, Saúde e Trabalho e seus momentos troca e de potência.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

À UFSCar por me acolher mais uma vez. A boa filha à casa torna e sai melhor a cada visita.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre a mais, no meio da alegria, e ainda mais alegre ainda no meio da tristeza!”

(João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas)

RESUMO

Introdução: o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) foi diretamente impactado pela pandemia de COVID-19, alterando práticas e fluxos já consolidados e exigindo adaptação por parte das equipes. Analisar o que foi incorporado à rotina e trouxe melhorias ao processo de gestão, a partir da perspectiva dos gestores, permite entender a resposta aos desafios encontrados na reorganização do processo de trabalho e a adaptação do Sistema Único de Saúde ao contexto pandêmico. **Objetivo:** compreender as estratégias de gestão adotadas pelos gestores da APS durante a pandemia de COVID-19. **Método:** trata-se um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, com coleta de dados realizada em uma Supervisão Técnica de Saúde do município de São Paulo. Foram realizados dois grupos focais homogêneos de forma online, com quatro e cinco participantes respectivamente, por meio da plataforma Google Meet. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, a partir do referencial teórico do Processo de Trabalho em Saúde. Todos os aspectos éticos foram respeitados. **Resultados:** os dados obtidos permitiram a caracterização do processo de trabalho dos gestores, cuja finalidade é a assistência à saúde dos usuários com qualidade e alinhada aos princípios do SUS. Para tanto, os gestores transformam as necessidades de saúde dos usuários, bem como as necessidades de organização e gestão do trabalho (objeto), por meio de saberes estruturados, diversos instrumentos, como computadores, telefones, softwares, relatórios, normativas, reuniões, interações sociais, entre outros. Apesar do trabalho em saúde na APS envolver diversos agentes, essa pesquisa priorizou os gestores como perspectiva de análise. A partir da compreensão do processo de trabalho, a análise permitiu a codificação em três categorias e respectivos subtemas (i) Desafios para a gestão no contexto da pandemia de COVID-19: mediação da situação imprevisível e de seus desdobramentos e níveis de gestão conflitantes e decisões verticais. (ii) Facilidades para a gestão no contexto da pandemia de COVID-19: trabalho em equipe e colaboração. (iii) Estratégias de gestão no contexto da pandemia de COVID-19: tecnologias da informação e comunicação e adequação do acesso visando a Universalidade e a Equidade. **Conclusão:** com a pandemia de COVID-19 os gestores incorporaram estratégias tecnológicas e inovações na organização do trabalho para facilitar a manutenção do cuidado dos usuários e sua interface com a equipe da unidade de saúde. Tais estratégias possibilitaram a superação dos desafios impostos à época e tendem a ser incorporadas aos serviços de saúde, dada a sua potência na relação entre equipe e usuários. **Palavras-chave:** Trabalho em Saúde, Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde, COVID-19, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: work in Primary Health Care was directly impacted by the COVID-19 pandemic, changing already consolidated practices and flows and requiring adaptation by the teams. Analyzing what was incorporated into the routine and brought improvements to the management process, from the perspective of managers, allows understanding the response to the challenges encountered in the reorganization of the work process and the adaptation of the Unified Health System to the pandemic context. **Objective:** understand the management strategies adopted by Primary Health Care managers during the COVID-19 pandemic. **Method:** this is a descriptive-exploratory study, with a qualitative approach, with data collection carried out in a Technical Health Supervision in the city of São Paulo. Two homogeneous focus groups were conducted online, with four and five participants respectively, through the Google Meet platform. Data were analyzed using the content analysis technique, based on the theoretical framework of the Health Work Process. All ethical aspects were respected. **Results:** The data obtained allowed the characterization of the managers' work process, whose purpose is to provide users with quality health care in line with the principles of the SUS. To this end, managers transform the health needs of users, as well as the needs for organization and management of work (object), through structured knowledge, various instruments, such as computers, telephones, software, reports, regulations, meetings, interactions social, among others. Although health work in PHC involves several agents, this research prioritized managers as an analysis perspective. Based on the understanding of the work process, the analysis allowed coding into three categories and respective subthemes (i) Challenges for management in the context of the COVID-19 pandemic: mediation of the unpredictable situation and its consequences and conflicting management levels and vertical decisions. (ii) Facilities for management in the context of the COVID-19 pandemic: teamwork and collaboration. (iii) Management strategies in the context of the COVID-19 pandemic: information and communication technologies and adaptation of access aiming for Universality and Equity. **Conclusion:** with the COVID-19 pandemic, managers incorporated technological strategies and innovations in the organization of work to facilitate the maintenance of care for users and their interface with the health unit team. Such strategies made it possible to overcome the challenges imposed at the time and tend to be incorporated into health services, given their power in the relationship between staff and users.

Keywords: Work in Health, Health Management, Primary Health Care, COVID-19, Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa com a divisão dos distritos e das subprefeituras do município de SP.....	28
Figura 2 - Etapas da Análise de Conteúdo, segundo proposta de Bardin (2018).....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil profissional dos gestores da APS participantes do estudo (N=9).São Paulo, SP, Brasil, 2023.....	33
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias e temas que emergiram das falas dos gestores nos GF.....	35
--	----

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes comunitários de Saúde
AB	Atenção Básica
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
APS	Atenção Primária a Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
eAB	Equipes de Atenção Básica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
EC 95	Emenda Constitucional nº. 95
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
<i>NHS</i>	<i>National Health System</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais em Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization</i>

APRESENTAÇÃO

Graduei-me em enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em 2006 e desde então venho orbitando pelo mundo do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Primeiro, na Residência em Saúde da Família. Depois, em uma Unidade de Saúde da Família em uma pequena cidade do interior de São Paulo, com condições de trabalho adversas e desafios diários, de acesso e assistência. E por último nos meus onze anos (que seguem) de atuação na Vigilância em Saúde na capital paulista, tendo trabalhado na linha de frente da pandemia na gestão das ações de imunização. Vivenciar a pandemia de COVID-19 deixou marcas indeléveis em minha existência.

A trajetória da formatura até aqui gerou desassossegos que me consomem. Não consigo olhar para o as coisas sem pensar em um porquê. Ficar parada me causa comichões. E assim, de inquietação em inquietação, sigo estudando e buscando respostas, porém os itinerários sempre geram mais perguntas.

Por que a rotina do trabalho é tão extenuante? Qual o motivo de trabalharmos sem reflexão, apenas reproduzindo procedimentos sem questionar? Por que estamos tão conformados? E a academia, porque aparenta estar tão distante do mundo do trabalho?

Ao tentar sossegar um dos meus desassossegos sobre os desafios da gestão em saúde, acabei no mestrado, em um árduo percurso atravessado pela pandemia, pela maternidade e por inúmeros desafios profissionais e pessoais que quase não me permitiram concluir a dissertação. Mas consegui. E ao invés de sossegar, me sinto mais desassossegada. Quero bradar ao mundo sobre tudo que vi, li, escutei e senti nesse processo. Quero contar o quanto é difícil ser mãe, acadêmica e trabalhadora. Quero falar sobre as pessoas incríveis com as quais cruzei nesta jornada. E quero instigar a curiosidade de mais pessoas pela pesquisa, pois refletir sobre a prática com o amparo da ciência me parece ser o caminho para um mundo melhor.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	JUSTIFICATIVA	20
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
4	METODOLOGIA	26
4.1	TIPO DE ESTUDO	26
4.2	CAMPO DE ESTUDO	27
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	29
4.5	ANÁLISE DE DADOS	30
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	32
5	RESULTADOS	33
5.1	DESAFIOS PARA A GESTÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	35
5.2	FACILIDADES PARA A GESTÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	39
5.3	ESTRATÉGIAS DE GESTÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	40
6	DISCUSSÃO	43
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPOS FOCAIS	66
	APÊNDICE B – ROTEIRO-GUIA DOS GRUPOS FOCAIS	70
	APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ	71

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, em seu artigo 196, estabeleceu e garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado e, para o atendimento deste direito, criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Estas conquistas foram resultado do processo de redemocratização do país após o período da Ditadura Cívico-Militar (1964-1985), marcado pela luta política e participação social. O SUS abrange todos os serviços e ações de saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e pode ser complementado pela iniciativa privada. Possui como características a descentralização, estrutura hierárquica e universalização dos serviços, além de contar com a participação popular (BRASIL, 2000). As Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 trazem as bases para o funcionamento e financiamento do SUS (BRASIL, 1998, 2000).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são a estratégia descrita na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 (BRASIL, 2011) para a organização do cuidado integral à saúde da população. São definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.1), com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde e melhorar o acesso, o desempenho e a eficácia clínica, sanitária e financeira do SUS. A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro nível de atenção da rede hierarquizada e de crescente complexidade, e onde é esperada a resolução da maioria dos problemas de saúde da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A PNAB é a responsável por determinar conceitos, normas, procedimentos e recomendações para o funcionamento da AB ou Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil. A PNAB considera os termos AB e APS como equivalentes, e define a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a forma prioritária de organização da AB no País, coexistindo com outros modelos de atenção (MENDONÇA et al., 2018). Neste trabalho os termos AB e APS serão usados como sinônimos.

Durante os anos de 2015 a 2017 aconteceu a revisão da PNAB, em um momento marcado por grande agitação política, com mudanças na gestão do Ministério da Saúde e publicações de portarias que flexibilizaram a constituição das equipes de ESF. Em 2017, foi publicada a nova versão da PNAB, que define AB como:

“o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017, Art. 2º).

A PNAB de 2017 destaca que a AB, além de ser a porta de entrada preferencial do SUS, é estratégica por seu espaço privilegiado de gestão de cuidado, servindo como base da ordem e da integralidade da RAS. A AB precisa reconhecer as necessidades de saúde da população, com a finalidade de organizá-las e articulá-las de acordo com os outros pontos da rede, fortalecendo um planejamento ascendente. Para isso, precisa ter resolutividade, capacidade clínica, de cuidado e o uso de diversas tecnologias (BRASIL, 2017).

As principais mudanças em relação ao texto de 2011 referem-se ao financiamento dos modelos de AB, com repasse de recursos para as equipes de AB (eAB), integração da AB com a Vigilância em Saúde, reconhecimento da função de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS), carga horária das equipes, cobertura populacional por equipe, mudanças e incentivos para Educação Permanente em Saúde (EPS) e formação em saúde (ALMEIDA et al., 2018).

No ano de 2016, com o argumento de ajuste econômico e forte ligação com a visão neoliberal, foi aprovada a Emenda Constitucional n.º 95 (EC 95), com um novo regime fiscal que congelou o teto de gastos governamentais com a Saúde por vinte anos. Esse fato somado a publicação da nova PNAB, em 2017, despertou a preocupação de entidades defensoras do SUS pela possibilidade de retrocessos ao reduzir a prioridade da ESF e possibilitar repasse de recursos para outras configurações de AB, que não necessariamente são pautadas na integralidade e na construção de uma RAS efetiva (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Um conjunto de medidas denominadas Previne Brasil (BRASIL, 2019) produzidas entre o final de 2019 e início de 2020, alterou novamente as regras do financiamento da AB, de um repasse fixo (Piso de Atenção Básica ou PAB) para um repasse baseado no número de usuários cadastrados nos municípios, na vulnerabilidade social destes e na avaliação de indicadores desempenho. Essa aparenta ser uma modernização da política, mas na verdade pode significar um retrocesso, uma vez que o repasse deixa de ser universal e passa a ser dependente da população cadastrada, o que pode ser um empecilho em áreas de difícil acesso, de alta rotatividade de pessoas, de aglomerado populacional e em populações sem acesso a documentos de identificação. Além disso, a avaliação de desempenho pode valorizar áreas que sejam de interesse do governo em detrimento de um olhar ampliado sobre as necessidades de saúde daquela população (MASSUDA, 2020).

Diferenças regionais, desigualdades territoriais, assistenciais e sociais são um grande desafio na construção de uma AB que garanta equidade e universalidade, como norteiam os princípios do SUS. Mesmo sendo a porta de entrada do sistema de saúde, ainda existem muitos desafios a serem superados, especialmente no campo do subfinanciamento do sistema, transferências de recursos e políticas de gestão (AMORIM; MENDES, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O subfinanciamento do SUS prejudica o acesso integral, a assistência e o direito a saúde, aumentando a judicialização e abrindo espaço para a privatização (PEDROSA et al., 2022). Uma AB fragilizada abre caminho para a iniciativa privada captar parte da população e, assim, reduzir o número de usuários do SUS, esvaziando sua força política (AMORIM; MENDES, 2020).

Neste contexto de desmonte e sucateamento, o SUS enfrentou seu maior desafio até agora: a pandemia de COVID-19. Em dezembro de 2019, foram notificados para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os primeiros casos de uma pneumonia atípica, na província de Wuhan, na China. O agente causador foi identificado como um coronavírus que até então não havia infectado humanos. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o nível máximo de alerta da organização. E em 11 de março de 2020 a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como pandemia (OPAS, 2022).

Com o decreto da pandemia de COVID-19, o sistema de saúde precisou se reorganizar frente às demandas emergentes, com a necessidade de ampliação de recursos físicos, financeiros e reforço na capacidade de gestão, especialmente em âmbito regional e local (MASSUDA; MALIK; JUNIOR, 2020).

O contexto pandêmico, combinado com uma gestão falha da situação sanitária, demora na alocação de recursos, campanha negacionista por parte do poder público e assistência à COVID-19 focada no cuidado hospitalar comprometeu o papel da APS, que já vinha sofrendo com as políticas públicas dos últimos anos, mas ainda assim precisou exercer seu papel de cuidado no território, privilegiando as ações de vigilância em saúde e cuidado na comunidade (GIOVANELLA; FRANCO; FIDELIS, 2020).

Desde então, o Brasil e o mundo têm enfrentado as consequências deste acontecimento: colapso em sistemas de saúde, mais de 760 milhões de casos e quase sete milhões de óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023), desenvolvimento de vacinas em tempo recorde, campanhas de vacinação em massa, crise econômica, *fake news* espalhadas por grupos

negacionistas e um enorme desafio para restabelecer a saúde da população impactada pela pandemia (GIOVANELLA; FRANCO; FIDELIS, 2020).

No início da pandemia, o foco foi dirigido aos cuidados hospitalares, que embora importantes, demandam altos investimentos e profissionais capacitados em cuidados intensivos. No universo de casos, a minoria deverá ser hospitalizada. Por isso a APS precisou exercer seu papel de porta de entrada do sistema e ser responsável pelo gerenciamento do cuidado dos pacientes, englobando desde o atendimento de sintomáticos até as ações de educação em saúde e imunização (RAWAF et al., 2020).

Mesmo com seus problemas estruturais e de financiamento, o SUS e a APS foram (e ainda são) fundamentais no combate à pandemia de COVID-19 e outras crises sanitárias, com o reconhecimento de sua importância pela população. É de suma importância, portanto, o fortalecimento e a organização do sistema, o financiamento adequado e o interesse político na formação de uma RAS estruturada e competente para conter essa pandemia e outras ameaças futuras (DAUMAS et al., 2020).

Apesar da ESF ser o modelo prioritário para a organização da APS no Brasil, o SUS herdou um conjunto de serviços provenientes do período anterior à sua estruturação, operados em um modelo diferente de assistência e de organização do trabalho em saúde, sendo um deles a UBS (FEUERWERKER, 2005). O modelo da UBS tradicional é médico centrado, com produção de cuidado voltado para demanda espontânea, ações de saúde curativas e baseado em programas de saúde verticalizados, com baixa vinculação social e trabalho em saúde isolado, com pouca interação entre a equipe de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Esse modelo se contrapõe ao modelo de Unidade de Saúde da Família (USF), que conta com a ESF, com a equipe multiprofissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), possibilitando o acesso aos cuidados de saúde, a manutenção do tratamento de patologias crônicas, intervenção em casos de vulnerabilidade social, identificação de contatos e incentivo ao isolamento social e medidas de cuidado e controle, coordenando o cuidado no território visando minimizar os danos causados pela pandemia (DAUMAS et al., 2020).

Mudanças no modelo de atenção demandam mudanças no processo de trabalho, superando o modelo anteriormente consolidado em busca de ações de prevenção e promoção da saúde, extrapolando as barreiras geográficas do serviço e deslocando a atenção para o território e para os determinantes de saúde e doença da população adscrita. Para essa mudança além das políticas de saúde é necessária a presença de uma gestão eficiente (TEIXEIRA, 2006).

Segundo a PNAB o gerente de APS é o profissional com o papel de organizar o processo de trabalho da unidade de saúde, garantindo o planejamento em saúde e a coordenação das ações de acordo com as políticas de saúde vigentes, sem ser integrante de nenhuma equipe vinculada à unidade de saúde (BRASIL, 2017).

Entre as atribuições dos gerentes estão: garantir o cumprimento das normas que regem a AB, planejamento e organização das equipes, monitorar o processo de trabalho na unidade de saúde, assegurar a alimentação de dados nos sistemas de informação, favorecer o trabalho em equipe, gerir a utilização de recursos físicos, infraestrutura e insumos, conhecer a rede de saúde e o território adscrito com suas potencialidades e vulnerabilidades, identificar as necessidades de formação da equipe, estimular a gestão participativa, solucionar ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade e representar o serviço em situações e instâncias diversas (BRASIL, 2017).

Considerando as atividades gerenciais no contexto da pandemia, cabe ao gestor da unidade de saúde participar da elaboração de planos locais de enfrentamento à COVID-19, da reorganização do serviço com a adaptação das atividades de rotina e adequação da unidade de saúde as novas demandas, levantar e solicitar se necessário apoio, insumos e equipamentos, realizar ações de EPS com a equipe, especialmente as relacionadas ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e protocolos de atendimento à doença, além da articulação da unidade com demais serviços de acordo com a necessidade (GIOVANELLA, 2022; FACCHINI, 2020).

Tais atividades irão sofrer variação de acordo com o serviço no qual o gestor está inserido dentro da APS, sendo uma unidade de USF, UBS ou UBS mista com AMA (Assistência Médica Ambulatorial), com a possibilidade de exercer atividades mais curativas, preventivas ou de pronto atendimento da demanda espontânea.

No dia 05 de maio de 2023 a OMS declarou o fim da ESPII referente à COVID-19. A doença segue sendo uma ameaça, porém com a situação epidemiológica atual é possível fazer a transição do modo de emergência para o manejo da doença em conjunto com outras doenças infecciosas, com as ações de vacinação e de vigilância em saúde (OPAS, 2023).

Uma APS forte e organizada é fundamental para reduzir a morbimortalidade causada pela pandemia. Diante deste contexto, este trabalho pretende compreender as modificações adotadas pelos gerentes das unidades de saúde da APS frente aos desafios colocados pela pandemia de COVID-19, que alterou práticas e fluxos já consolidados, exigindo adaptação por parte das equipes e mudanças na rotina, que repercutiram em desafios e melhorias no processo de gestão do trabalho. Desse modo, quais foram os desafios, as facilidades e as estratégias de gestão adotadas pelos gestores nesse período?

1.1 JUSTIFICATIVA

O contexto da pandemia de COVID-19 trouxe novos desafios aos gestores da APS, que tiveram que lidar com a escassez de recursos financeiros, políticas de saúde muitas vezes com interesses eleitoreiros e sem embasamento técnico-científico, déficit de recursos humanos e de recursos físicos, dificuldade de articulação com outros serviços, despreparo técnico e pouca maleabilidade para inovação devido aos entraves burocráticos do serviço público (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Conhecer as ferramentas utilizadas pelos gestores para determinar os novos arranjos no processo de trabalho frente às demandas gerenciais e assistenciais, em uma situação epidemiológica adversa, sem deixar de atender os princípios do SUS, garantindo integralidade e prevenindo a desassistência mesmo diante das dificuldades ocasionadas pela pandemia, além de compreender os novos processos de trabalho desenhados mediante recursos escassos, enfrentando medo, tensão até resistência por parte trabalhadores frente ao desconhecido, pode colaborar para a construção de estratégias de fortalecimento do sistema e enfrentamento a futuras situações de crise.

A análise e disseminação das estratégias que foram utilizadas durante o isolamento social e àquelas incorporadas ao contexto de trabalho mesmo após o controle da situação pandêmica, podem ampliar o diálogo acadêmico e entre gestores dos serviços de saúde sobre os caminhos de sucesso percorridos por este cenário de estudo e por outros equipamentos de atenção à saúde.

É de grande relevância compreender este espaço de gestão que conseguiu lidar com a pandemia, mesmo com a situação completamente desfavorável e com as políticas públicas deturpadas. O SUS precisa de gestores tecnicamente qualificados para atender a sua legislação, atingir seu objetivo de cuidar da saúde da população e garantir os direitos constitucionais dos brasileiros. Por isso a necessidade de investigar os formatos de gestão praticados durante esse período adverso, desnudando desafios e facilidades encontradas no processo em busca de aprimorar a gestão em saúde na APS e preparar o cenário para situações adversas futuras.

Assim, esse estudo tem relevância científica e social, ao avançar no conhecimento no campo da Gestão em Saúde, trazendo o aprendizado de gestores no momento de crise, algo pouco abordado na literatura nacional; e ao fornecer subsídios teóricos e empíricos para demais gestores que poderão, a partir do relato das experiências de sucesso, incorporar alguns elementos em sua prática profissional através das estratégias investigadas nesse trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as estratégias de gestão adotadas pelos gestores da APS durante a pandemia de COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender os desafios enfrentados para a gestão da APS no contexto da pandemia de COVID-19.
- Compreender as facilidades encontradas para a gestão da APS no contexto da pandemia de COVID-19.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para a APS alcançar sua finalidade, são necessários trabalhadores capacitados e uma gestão eficiente, fato que ocorre por meio das interações entre trabalhadores e gestores no contexto do trabalho. O trabalho pode ser definido como um processo de transformação que acontece para satisfazer as necessidades humanas, e só é possível pela ação do agente do trabalho, sendo ele sujeito da ação e instrumento do trabalho (PEDUZZI, 1998).

Já o processo de trabalho ocorre pela articulação entre objetos (o que será transformado), instrumentos (algo que será utilizado para a transformação do objeto), finalidades (determinação do sujeito para suprir uma necessidade) e agentes (quem desenvolve o trabalho) (MENDES-GONÇALVES, 2017).

O homem, como ser social, vive organizado em grupos, cujas finalidades coletivas orientam os processos de trabalho. É a partir do relacionamento social que vivenciam o processo de trabalho, se relacionando com os objetos e instrumentos para obterem, ao final do processo produtos, reprodução de forças naturais, das relações sociais e deles próprios (MENDES-GONÇALVES, 2017).

O processo de trabalho em saúde refere-se às práticas cotidianas dos trabalhadores das diferentes áreas da saúde e seu cotidiano de produção e consumo de serviços, incluindo tanto aspectos estruturais como os relacionados aos agentes e sujeitos da ação, ou seja, na dinâmica do processo de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008). É social e historicamente determinado, realizado por agentes sociais que se determinam como trabalhadores em saúde, em uma divisão social do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 2017).

O trabalho em saúde consiste em um processo de transformação no qual o agente, por meio de suas ações, executa a finalidade social de seu trabalho com base em saberes específicos e em modelos tecnológicos, sofrendo a influência de fatores coletivos e individuais (PEDUZZI, 2003). Nesse contexto, o trabalho organiza-se a partir de tecnologias relacionadas às práticas de saúde, à produção dos serviços e às relações sociais dos agentes e seus saberes, sendo a tecnologia, ao mesmo tempo, um saber e uma forma de organização do trabalho (PEDUZZI, 2003).

Enquanto o processo de trabalho em saúde se preocupa com objetos, meios e atividades, o modelo de atenção refere-se às tecnologias como meio de trabalho. As tecnologias em seus diferentes arranjos são utilizadas nos diversos modelos de atenção à saúde, de acordo com as características e objetivos de cada um, produzindo cuidado tanto focado em procedimentos quanto em algumas formas cuidadoras (MERHY, 2014).

Merhy (2014) classifica as tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde em três tipos: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves. As tecnologias duras se referem aos recursos materiais, como os equipamentos; já as tecnologias leve-duras se referem aos saberes estruturados, como normas, protocolos e teorias; e as tecnologias leves, que são as utilizadas nas relações entre os sujeitos.

Assim, os modelos de atenção à saúde podem ser definidos como “combinações tecnológicas estruturadas para resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas” (PAIM, 2012, p. 464). Está relacionado à finalidade dos múltiplos processos de trabalho que compõem a RAS e que devem se articular para, em rede, alcançar as premissas do modelo de atenção.

No território das práticas de saúde modelos de atenção diferentes convivem no SUS, sendo os principais o modelo assistencial, com característica médico centrada, fragmentada, privilegiando o atendimento individual, a demanda espontânea, as ações curativas e medicalizadas. É o modelo predominante no imaginário da sociedade e ainda hoje influencia a formação dos trabalhadores da saúde. Pode ser encontrado em diversos espaços do sistema de saúde, incluindo as UBS tradicionais. Em contrapartida, o modelo sanitarista, que inspirou a criação das ESF, e está centrado no território, na população e não na unidade de saúde ou em seus profissionais, atendendo o usuário na sua integralidade, considerando os determinantes sociais em sua prática de saúde (FEUERWERKER, 2005).

Essa dualidade impacta tanto nos modos de assistência quanto nos de gestão, sendo que os modelos além de coexistirem podem até conviver dentro de um mesmo serviço, apresentando um desafio para profissionais de saúde e especialmente para os gestores, que precisam administrar os dois modelos de cuidado (MELO; MATOS, 2018).

Conceitualmente, os modelos de gestão em saúde são resultado de um processo que envolve fatores como racionalização, eficiência, prestação de contas (*accountability*) e mérito (TEIXEIRA; MATTA; JUNIOR, 2012). Tanto as teorias da administração quanto a clínica, influenciam as concepções sobre a gestão dos serviços de saúde. Tradicionalmente, o modelo de gestão predominante no SUS é administrativamente centralizado no governo federal, o que dificulta a autonomia da rede de saúde, dos recursos financeiros e gestão de pessoal. O planejamento tende ser de curto prazo, devido à alternância de poder e a não continuidade de projetos em andamento na ocasião de uma nova gestão governamental (AMARAL, 2018).

Dentre os conceitos de gestão, para Ortún (1996) é possível caracterizar três tipos de gestão: macrogestão ou gestão pública, que é a gestão do Estado e engloba organização, financiamento e formação de políticas de saúde; mesogestão ou gestão institucional, que é a

coordenação de várias organizações e microgestão ou gestão clínica, que é a gestão do serviço e seus processos de trabalho, ou seja, a gestão que acontece na unidade de saúde. A articulação dessas três esferas possibilita a organização do trabalho em saúde.

O trabalho dos gestores na APS envolve diversos aspectos que englobam a gestão do equipamento de saúde, dos trabalhadores, do modelo de atenção e ações de avaliação e planejamento. Para o exercício de sua atividade, necessitam do suporte fornecido pelas instâncias superiores de gestão (MACHADO, 2022). O trabalho é impactado pela insuficiência de orçamento, de trabalhadores, descontinuidade na administração pública, interferência política e falta de profissionalização dos gestores (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Ao mesmo tempo em que o SUS nascia, o mundo enfrentava uma discussão sobre o papel do Estado na gestão dos serviços públicos. Com o advento do neoliberalismo, modelos de administração alternativos à gestão estatal foram implementados, especialmente na Europa e Estados Unidos (com posterior reflexão no Brasil) onde dois modelos se destacaram: o gerencialismo, que consiste na transposição de métricas do setor privado para o setor público, como a flexibilidade de contratos e produção baseada em resultados; e a privatização, que é um modelo de terceirização das ações estatais para o setor privado, onde o Estado atua como regulador e contratante do serviço prestado por organizações privadas, com ou sem fins lucrativos (TEIXEIRA; MATTA; JUNIOR, 2012).

Assim, relações de trabalho, pautadas pelo modelo neoliberal e pelo estado mínimo, também enfrentaram fortes transformações com a consolidação de novos modelos, como a terceirização, contratos temporários, banco de horas e jornada parcial de trabalho culminando precarização das relações de trabalho (LAZZARESCHI, 2017).

A reforma administrativa do Estado, no final dos anos 90, repercutiu na Saúde com a institucionalização das Organizações Sociais em Saúde (OSS), que são organizações públicas, mas não estatais, sem fins lucrativos, de direito privado, com autonomia financeira e administrativa, constituídas na forma de fundação ou sociedade civil. A relação entre o Estado e as OSS é regulada por meio de contrato, com compromissos de ambas as partes (ALMEIDA, 2012).

As OSS facilitaram alguns aspectos da gestão, à medida que apresentam maior autonomia administrativa em relação ao Estado; possibilitam a contratação de mão de obra nas condições do mercado, sem precisar de concurso público e sem preocupação com o limite estabelecido pela legislação referente a responsabilidade fiscal, permitem a adoção de normas próprias para compras e contratos, sem processo licitatório, e a flexibilidade na execução orçamentária e financeira (MORAIS et al., 2018). Assim, o modelo de OSS surge nesse

contexto para possibilitar a flexibilização das relações e promover regras de trabalho mais próximas ao setor privado (FONSECA; LIMA; TEIXEIRA, 2021).

As mudanças realizadas na legislação e no financiamento da APS nos últimos anos vão ao encontro dos interesses do setor privado, mesmo disfarçadas sob pretexto de maior resolutividade e eficiência, abrindo cada vez mais espaço para a prestação de serviços por agentes privados e para a consolidação de um modelo de saúde pautado por práticas mensuráveis, com seu alcance condicionado ao repasse de verbas, impactando no processo de cuidado e tirando sua subjetividade (MOROSINI, et al., 2020).

Esse modelo traz contradições ao gestor, pois ao mesmo tempo, gerencia uma unidade de saúde que responde a um modelo de atenção determinado pelo Estado, e está subordinado administrativamente à uma OSS, que tem metas estabelecidas a atingir para obter o repasse financeiro governamental. Nessa dicotomia, ele precisa produzir saúde como preconizado pela APS e seguindo os princípios do SUS, dentro da complexidade do atendimento em saúde, visando também o alcance das metas do contrato.

A gestão das unidades de APS requer um gestor atento às questões administrativas, técnicas e de participação popular, além de atuar no fortalecimento de alianças no território, atendimento das demandas das instâncias governamentais, realização de atividades de planejamento e avaliação e definição de fluxos dos processos entre os setores. Mesmo com a governabilidade muitas vezes restrita, os gestores são importantes agentes na garantia de um SUS que cumpra com suas diretrizes (SOUZA, 2019).

Com todas as questões que envolvem o subfinanciamento, o desmonte e a terceirização do SUS, operacionalizar as unidades de saúde dentro do modelo de atenção preconizado pela APS, em um contexto administrativamente prejudicado e frente a uma pandemia, se torna uma tarefa árdua para os gestores.

No município de São Paulo, o maior do Brasil, o processo de trabalho em saúde na APS foi diretamente afetado à medida em que a pandemia avançava, com implementação e constantes modificações de protocolos de atendimento. Todas essas mudanças ocasionaram um grande impacto na gestão dos serviços de saúde, de reorganização de fluxos e necessidade de rápida adaptação dos trabalhadores à nova rotina, muitas vezes desgastante pela situação inédita e pela falta de preparo para lidar com o vírus. Assim, a leitura dessa realidade, a partir do referencial teórico do processo de trabalho em saúde e das práticas de gestão em saúde, orientadas ao modelo de atenção do SUS, ancoram o desenvolvimento de estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. O método qualitativo “é adequado para a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e documentos” (MINAYO, 2014 p. 57). À medida em que o conhecimento sobre o grupo estudado avança, é possível compreender a lógica do grupo, construir abordagens, sistematizar o conhecimento, desvendar os processos sociais presentes, criar hipóteses, categorias e conceitos (MINAYO, 2014).

A pesquisa descritiva propõe-se a “descrever as características de determinada população ou fenômeno” (GIL, 2019 p. 27). Para estudos deste tipo são utilizadas técnicas padronizadas de coleta de dados. Pode ter como objetivo estudar as características de um grupo, levantar opiniões de uma população ou descobrir a existência de associações entre variáveis, determinar a natureza destas relações ou proporcionar uma nova visão de um problema (GIL, 2019).

A fase exploratória engloba desde a construção do projeto até sua execução, abrangendo desde a delimitação do problema, do objeto de estudo, objetivos, construção de hipóteses e referencial teórico até a elaboração dos instrumentos que serão utilizados na coleta de dados (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa preza pela qualidade da informação, somada a uma análise eficiente que permita uma nova compreensão de um fenômeno, modelo ou conceito. O fenômeno é estudado a partir da perspectiva do sujeito, possibilitando ao pesquisador fazer uma análise profunda de discurso. As perspectivas de sujeito e observador encontram-se na análise do fenômeno para sua compreensão. Por isso, na pesquisa qualitativa as interpretações precisam acontecer dentro do contexto social do indivíduo, pois é a pesquisa que acontece nos ambientes onde vivem e trabalham as pessoas e são os cenários que irão moldar e significar o conhecimento gerado (GASTALDO, 2021).

Esta dissertação tomou como base o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* recomendado para relatos de pesquisa que coletam dados por meio de entrevistas ou grupos focais (TONG, 2007), em sua versão traduzida para o português (SOUZA et al., 2021).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O município de São Paulo conta com seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) nas regiões centro, norte, sul, leste, oeste e sudeste, que são subdivididas em Supervisões Técnicas de Saúde (STS), conforme apresentado na Figura 1.

A pesquisa foi realizada em uma STS, que conta com 50 serviços de saúde e, dentre esses, 26 serviços de APS, sendo UBS, USF, AMA e unidades com AMA/UBS ou AMA/USF integradas, contando com aproximadamente 1800 trabalhadores de saúde. Abrange, aproximadamente, 500.000 habitantes e é composto por três distritos administrativos (DA). Todas as unidades de APS deste território são gerenciadas por uma OSS (SMS-SP, 2022a; 2022b).

O critério de seleção dessa Supervisão foi grande quantidade de unidades de APS comparativamente à outras STS do município e o número de casos de morbimortalidade por COVID-19 vinculados a essa STS (SMS-SP, 2022a).

Figura 1 - Mapa com a divisão dos distritos e das subprefeituras do município de São Paulo/SP.



Fonte: SMS-SP (2022)

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi composto por nove gestores da APS no território da STS selecionada que atenderem os critérios de inclusão: estar na função de gestor no serviço de saúde há, pelo menos, um ano no momento da coleta dos dados; ter participado da organização do processo de trabalho do serviço de saúde no contexto da pandemia de COVID-19 (ou seja, não estar afastados de suas atividades) e consentiram voluntariamente participar do estudo.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O convite aos participantes foi realizado por meio de ligação telefônica para a unidade de saúde e conversa com o gestor. Posteriormente ao aceite verbal, foi enviado um convite nominal ao endereço eletrônico indicado pelo participante, com a descrição dos objetivos do estudo, procedimentos para coleta de dados e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Dentre os gestores do território, onze atendiam o critério de inclusão, sendo que nove gestores aceitaram participar do estudo.

Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focai (GF), um tipo de entrevista em pequenos grupos homogêneos, a fim de se obter informações a partir da interação entre os participantes, guiada por roteiro estruturado que vai do geral ao específico e coordenada por um moderador, que consiga a participação e o ponto de vista de todos os participantes (MINAYO, 2014).

Devido às restrições impostas pela pandemia de COVID-19, optou-se por realizar o GF online de forma síncrona. Um estudo conduzido nos Estados Unidos demonstrou que o GF realizado de forma presencial não apresenta descobertas temáticas significativamente diferentes quando comparado ao online, sugerindo que ambas as modalidades geram dados de forma semelhante (GUEST et al., 2000).

Autores apontam que a coleta de dados por meio do GF online contribui para a construção do conhecimento na saúde, sendo uma estratégia válida para a realização de pesquisas qualitativas (ALVES et al., 2023). O GF online pode produzir dados de qualidade, economizando tempo, custo e ampliando a participação de sujeitos geograficamente distantes, mas deve-se considerar a possível limitação de participantes, devido à dificuldade de acesso à internet ou habilidade para lidar com a tecnologia (OLIVEIRA et al., 2022).

Os GF foram compostos por quatro e cinco participantes, respectivamente. Foram realizadas duas sessões virtuais, uma com cada grupo, previamente agendadas, por meio da ferramenta *Google Meet*. A condução do grupo teve como base um roteiro-guia (APÊNDICE B) com questões disparadoras para nortear a discussão sobre a percepção dos gestores em

relação a organização do trabalho no contexto da pandemia de COVID-19, potencialidades, limitações e estratégias de fortalecimento desse processo. As discussões foram moderadas pela pesquisadora acompanhada de uma observadora que realizou anotações em diário de campo. As sessões duraram, respectivamente, 1h e 28m e 1h e 42m, sendo realizadas em dias subsequentes durante o mês de março de 2023.

É importante pontuar que, apesar dos participantes conhecerem a pesquisadora e a observadora, eles pareceram desconfortáveis no início do encontro. Contudo, com o avançar do tempo, a conversa fluiu de maneira tranquila e respeitosa. Isso pode ser explicado pelo fato de o grupo ter vivenciado experiências semelhantes no território, o que pode ter facilitado o entrosamento (compreensão dos desafios atravessados), o que tornou o GF em espaço interessante de compartilhamento de experiências. Por outro lado, o fato de pertencerem ao mesmo território e responderem à mesma gestão superior pode ter inibido o surgimento de assuntos delicados, que poderiam ter impactos negativos futuros no cotidiano de trabalho. Alguns gestores se destacaram nas falas por serem mais proativos, porém todos participaram.

Os encontros do GF foram gravados digitalmente pela própria pesquisadora e transcritos na íntegra, realizados em datas subsequentes, com duração de uma hora e meia e hora e quarenta e cinco minutos cada grupo. Os dados gravados e transcritos foram arquivados em computador individual da pesquisadora, protegido por senha, e serão mantidos por um período mínimo de cinco anos.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

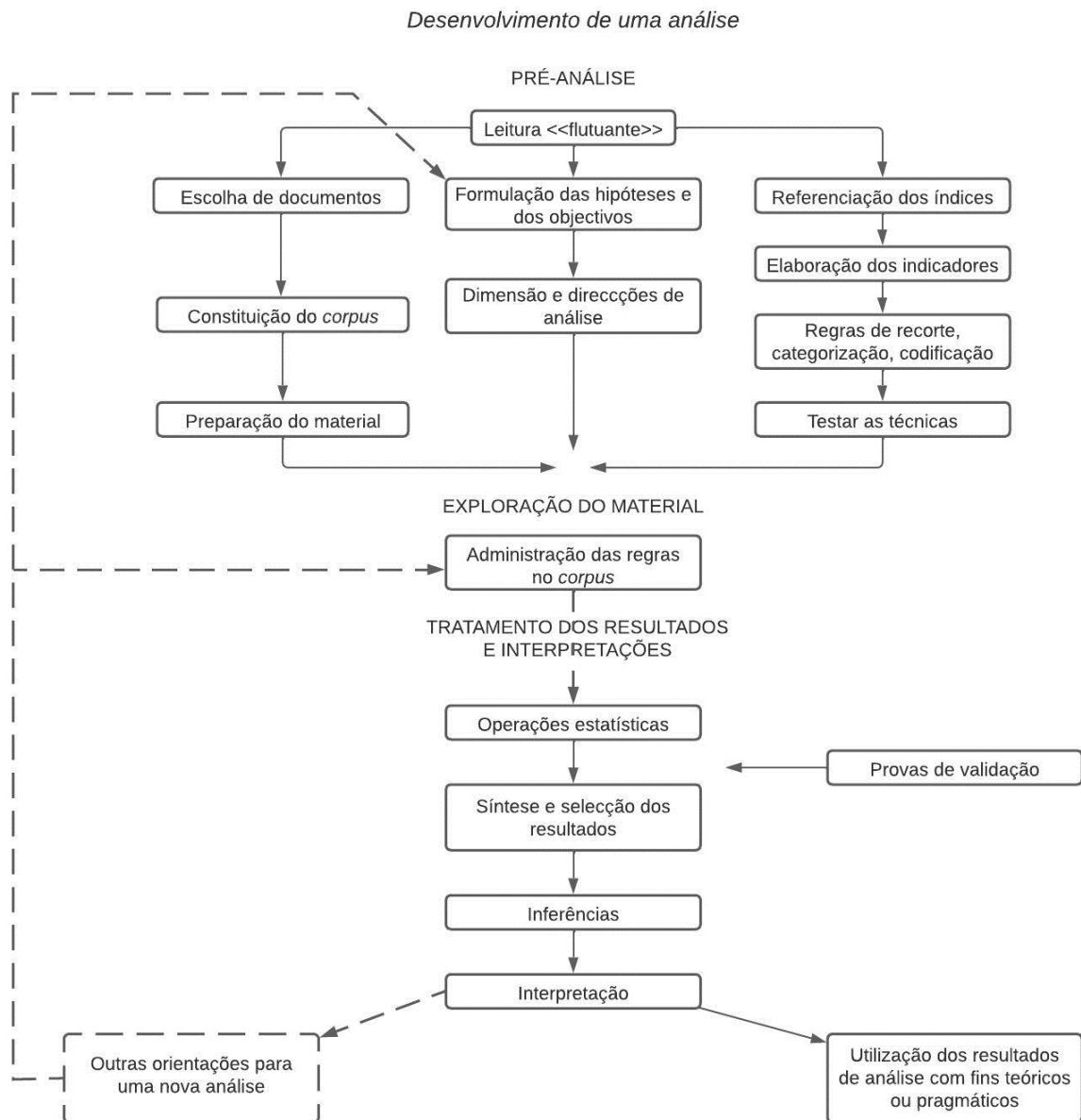
Os dados obtidos foram analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2018), definida como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2018, p. 47).

A análise de conteúdo abrange o uso de técnicas para explicar e sistematizar um conteúdo e sua expressão. Embora sejam técnicas parciais, elas são complementares e tem como finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, usando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, relacionando o discurso aos aspectos

exteriores (BARDIN, 2018). A técnica propõe a análise em três etapas, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Etapas da Análise de Conteúdo, segundo proposta de Bardin (2018).



Fonte: BARDIN (2018, p.128).

A primeira consiste na leitura flutuante para contato direto com o material, impregnação de seu conteúdo e formulação de hipóteses. A segunda refere-se à codificação, um processo de transformação do texto por meio de regras pré-estabelecidas, com a finalidade de atingir uma representação de seu conteúdo. Nesta etapa, optou-se por fazer um recorte em unidade de

registro temática, que consiste em “*descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido*” (BARDIN, 2018, p.131).

A terceira e última etapa consiste na categorização, uma classificação de elementos de um conjunto e seu posterior reagrupamento com critérios previamente definidos. Nesse estudo, optou-se pela categorização pelo critério semântico, através de categorias temáticas (BARDIN, 2018).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo intitulado “Processo de trabalho de gestores da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de Covid-19” aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) com parecer n.º 4.743.539 e CAAE n.º 39724820.6.3001.0086 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, com parecer n.º 4.525.808 e CAAE n.º 39724820.6.0000.5504. Todos os preceitos éticos dispostos na Resolução n.º 510/2016 e orientações da Carta Circular n.º 1/2021-CONEP/SECNS/MS sobre os processos de pesquisa em ambiente virtual (BRASIL, 2021) foram respeitados.

Todos os participantes foram orientados sobre o estudo, tiveram suas dúvidas esclarecidas e foram informados que poderiam recusar-se a participar ou interromper a participação em qualquer momento da pesquisa, mesmo após o aceite, e que isso não lhe implicaria nenhum tipo de prejuízo. O TCLE foi encaminhado por meio do formulário *Google Forms*, em endereço eletrônico disponibilizado pelos participantes. Após a assinatura, foi enviada uma cópia assinada para arquivo.

A coleta de dados foi realizada e gravada virtualmente na ferramenta *Google Meet*, e todos os participantes foram consultados e consentiram a gravação através de termo de autorização para uso de imagem e voz (APÊNDICE C) encaminhado via *Google Forms*, em seus e-mails pessoais, e procederam a devolutiva do aceite. Os dados obtidos foram utilizados apenas para os fins que são próprios da pesquisa, sendo firmado o compromisso de manter sigilo quanto à identidade dos participantes na divulgação dos dados da pesquisa. Assim, para assegurar a anonimização dos participantes, foi utilizada a letra G, de gestor, e numeração conforme a ordem de fala no GF.

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa nove gestores da APS, sendo oito enfermeiros e um odontólogo (somente ele do sexo masculino), com idades que variaram de 38 a 58 anos (média de idade de 47 anos). Todos possuíam especialização e o tempo de trabalho na APS variou de dois a vinte e um anos, com média de onze anos. Em relação ao vínculo de trabalho, no momento da pesquisa os nove gestores estavam vinculados a uma única OSS que presta serviço à Prefeitura Municipal de São Paulo. A descrição detalhada está na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil profissional dos gestores da APS participantes do estudo (N=9). São Paulo, SP, Brasil, 2023.

ID	Categoria Profissional	Idade	Sexo	Escolaridade	Ano da graduação	Tempo de trabalho no campo
G1	Dentista	44	M	Especialização em Saúde Coletiva MBA em Serviços de Saúde	2002	17 anos
G2	Enfermeira	49	F	Especialização em gestão de redes de saúde e em qualidade em saúde Residência em Centro cirúrgico	1999	8 anos
G3	Enfermeira	42	F	MBA em Saúde da Família Gestão Executiva em Saúde	2006	7 anos

ID	Categoria Profissional	Idade	Sexo	Escolaridade	Ano da graduação	Tempo de trabalho no campo
G4	Enfermeira	54	F	Especialização em saúde pública, em enfermagem materno infantil, em enfermagem do trabalho e em educação profissional técnica na área de saúde	1996	15 anos
G5	Enfermeira	47	F	Pós em Gestão em Saúde Pública, em Enfermagem em Cardiologia e em Saúde da Família	2006	2 anos
G6	Enfermeira	41	F	Pós-graduação em Saúde da Família, em Gerontologia e MBA em Gestão de Serviços de Saúde	2010	20 anos
G7	Enfermeira	46	F	Especialização em Saúde da Família	1998	4 anos
G8	Enfermeira	38	F	MBA de Gestão em Saúde	2010	9 anos
G9	Enfermeira	58	F	Especialização em Saúde da Família	1997	21 anos

Fonte: elaborada pela autora, 2023.

As transcrições permitiram a caracterização do processo de trabalho dos gestores, cuja finalidade é a assistência à saúde dos usuários com qualidade e alinhada aos princípios do SUS. Para tanto, os gestores transformam as necessidades de saúde dos usuários, bem como as necessidades de organização e gestão do trabalho (objeto), por meio de saberes estruturados, diversos instrumentos, como computadores, telefones, softwares, relatórios, normativas,

reuniões, interações sociais, entre outros. Apesar do trabalho em saúde na APS envolver diversos agentes, essa pesquisa priorizou os gestores como perspectiva de análise.

A partir da compreensão do processo de trabalho dos gestores da APS, foi possível identificar três categorias e respectivos temas, conforme disposto no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias e temas que emergiram das falas dos gestores nos GF.

Categorias	Temas
Desafios para a gestão no contexto da pandemia de COVID-19	Mediação da situação imprevisível e de seus desdobramentos
	Decisões verticalizadas e conflitantes
Facilidades para a gestão no contexto da pandemia de COVID-19	Trabalho em equipe colaborativo
Estratégias de gestão no contexto da pandemia de COVID-19	Uso de tecnologias da informação e comunicação
	Adequação do acesso visando a universalidade e a equidade

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

5.1 DESAFIOS PARA A GESTÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Os participantes relataram diversos desafios enfrentados no contexto da pandemia de COVID-19, especialmente relacionados a componentes do processo de trabalho em saúde, como infraestrutura, fluxos de atendimento e gestão de dados que, somados ao contexto de incertezas de desconhecimento da patologia, geraram sofrimento e adoecimento.

5.2.1 Mediação da situação imprevisível e de seus desdobramentos

A pandemia de COVID-19 trouxe um cenário de medo e incertezas. Informações desconstruídas, despreparo, falta de equipamento adequado para a proteção individual, mortes frequentes, receio de contaminar familiares, entre outros fatores causaram um impacto na rotina dos trabalhadores das unidades da APS, demandando maior atenção dos gestores.

Teve toda aquela coisa do medo: o medo da morte. Eu acho que um grande desafio foi o medo da morte. O grande, primeiro [refere-se a desafio]. Aí chegaram aqueles protocolos difíceis, inclusive, quando a gente foi ler sobre aquele saco preto, eu me lembro que eu reuni a equipe, lendo item por item, como era que a gente iria lidar com essa situação, e eu também estava

morrendo de medo de morrer (G4).

Foram diversas situações, mas o mais marcante do início da pandemia para mim foi o desespero dos profissionais e a gente ter que se manter forte ali, como mediadora não de conflito, mas mediadora de emoção. E aquele medo, aquela agonia. Eu tive profissional que não foi trabalhar porque estava com medo. Era essa a justificativa: eu não vou, eu estou com medo, eu tenho filho pequeno, estou pensando em pedir desligamento. Aconteceram diversas situações e você mediar tudo isso, manejar tudo isso, e você não tem da onde tirar o apoio, porque está todo mundo no mesmo barco. Ninguém tinha passado por uma pandemia (G8).

O gerente nesse meio tentando motivar, muitas vezes, não estando motivados, porque é difícil a gente manter um equilíbrio na pandemia, porque a gente é ser humano como qualquer um outro. Então o medo do desconhecido... A gente até hoje não sabe quais são as sequelas (G6).

A angústia, eu acho do gerente, a impotência diante de coisas que a gente nunca viu. Durante meus trinta anos de formada, eu nunca vi uma pandemia, nunca vi essa situação de um país inteiro perdido, porque não era a minha UBS [USF], era um país inteiro. A gente tinha informações desconstruídas a todo momento. Eu acho que essa angústia foi muito grande (G9).

...nós tínhamos paciente chegando com gravidade e a gente precisava de máscara reinalante, instalava máscara reinalante. O paciente saía daqui com vida. No outro dia, a gente sabia que esse paciente não estava mais entre nós. Também a equipe enlutada, o quanto que a gente teve que fortalecer o cuidado com o cuidador, aí chamar o psicólogo, falar: a gente precisa ter esse momento com a equipe para também não adoecer a equipe (G5).

A pandemia trouxe grandes contradições aos gestores, subvertendo a finalidade do trabalho na APS e transformando a realidade em um enfrentamento de situações de crise extrema: a presença iminente da morte, a gravidade da realidade que se apresentava, a exposição constante ao risco e a ausência de recursos de proteção individual, em um cenário ameaçador, trazendo contradição a lógica de trabalho desenvolvida até então.

A situação vivida durante a pandemia de COVID-19 trouxe um cenário de adoecimento dos trabalhadores e dos próprios gestores, repercutindo na saúde mental e física, conforme apontado pelos gestores nos trechos que seguem:

...eu vou falar o que eu sinto agora: apesar da nossa unidade, falei, acho que a gente passou muito bem em vista de todas as dificuldades que as outras unidades têm, eu hoje me encontro muito cansada. Às vezes eu acho até que eu estou adoecida. Tem horas que eu tento planejar alguma coisa, eu não consigo. A cabeça não vai (G3).

A equipe, a todo momento adoecendo, não só pela questão da Covid, mas por outras questões mesmo, de cansaço físico, cansaço mental... até hoje a gente percebe o reflexo do que nós vivemos de 2020 para cá, relacionado aos trabalhadores de saúde. Esse reflexo está aí (G5).

Eu acho que o grande desafio do gerente hoje é ele não sofrer coisas que não dependem dele. Esse é o aprendizado que eu estou tendo, porque tive meu

limite de ficar doente, psicologicamente falando, porque você não consegue resolver. Aí a gente começa a se achar impotente, não consegue ver os resultados. Você começa a achar que você não é um bom profissional porque você não está entregando o que querem, porque você não está conseguindo fazer conforme as solicitações (G2).

5.2.2 Níveis de gestão conflitantes e decisões verticais

A gestão em saúde abrange desde o desenvolvimento de diretrizes até a execução das ações, podendo ser classificada nos níveis de macrogestão (gestão governamental), mesogestão (coordenação de vários serviços) e microgestão (gestão dos serviços de saúde e de seus processos de trabalho). Os gestores dos serviços de saúde participantes desse estudo ocupam o nível da microgestão e precisaram lidar com desarticulação e conflitos entre os níveis de gestão, resultando em obstáculos para a operacionalização do trabalho. A cobrança por adequações em uma estrutura que não comporta as alterações e a determinação que a unidade realize atendimentos para o qual não teve preparo prévio mostra alguns dos aspectos do descompasso entre os níveis de gestão.

Eu acho que o dificultador também foi a maneira de cobrança vindo de cima para baixo na organização dos serviços. Por exemplo, a porta da Covid. Tem que ser desse jeito, mas muitos serviços não tinham esse tipo de porta e era exigido sem, ao menos, ter um olhar clínico para aquilo, e eu sei que muitos colegas foram até punidos, entre aspas, por: ah, você não está arrumando o serviço. Não é. A gente não tem estrutura suficiente para isso. A gente não tem uma adequação suficiente para isso. Não se fala. A gente foi jogado. Eu acho que isso é uma das coisas que aconteceu na pandemia (G1).

...unidade de saúde sem estrutura física, tinha que fechar, porque nós estamos trabalhando com serviço de saúde. A gente não pode banalizar e achar que se pode fazer saúde também de qualquer jeito. Isso, para mim, na hora em que a pandemia chegou, ficou muito claro, e aí eu tive que negociar, porque tinha que separar as pessoas, mas como se separa as pessoas dentro de uma unidade daquela? (G4).

...de repente, dentro de um contexto da UBS [USF], ficar como referência para atendimento de covid, sem, de repente, a equipe ter um preparo, o próprio serviço ter um preparo e a gente sem nenhuma retaguarda, como [nome do gestor] também destacou, essa falta de retaguarda [apoio da rede hospitalar] para redirecionamento de pacientes [graves] (G7).

Devido aos diferentes níveis de gestão, as diretrizes de trabalho chegavam dos níveis macro e meso gerenciais, que muitas vezes realizavam primeiro a divulgação midiática para posterior comunicação ao nível microgerencial. Os gestores precisaram lidar com dificuldades relacionadas à chegada de informações conturbadas, ruídos de comunicação e constantes mudanças de diretrizes, como descrito nos excertos.

Infelizmente, as informações chegam para a gente de maneira conturbada. A gente sabe pela mídia e não sabe pelas nossas chefias, e as nossas próprias chefias não sabem do serviço. A vacina foi a maior prova disso, que a mídia sabia primeiro que a gente. Isso mostra a desorganização do serviço neste ponto, que é o ponto chave da saúde pública, que é a informação, que eu acho que é o lugar em que a gente mais peca na saúde, é a questão da informação (G1).

O que está acontecendo é assim: vem de cima para baixo planejado e aí está criando uma confusão nas unidades. Unidade, tu tens que planejar. Só que aí alguém planejou lá em cima para nós e aí diz assim: eu tenho autoridade legal sobre você, então você execute e não questione. Se você não der conta dessa demanda, você não é boa. Se você não der conta desta demanda, você não serve. Eu não quero saber entre essa ordem e a entrega. É um caminho que só quem trilha e que conhece é o gestor e os trabalhadores que estão aqui, então é um caminho espinhoso, muitas vezes. É um caminho sofrido, mas não dá para trabalhar sem planejamento hoje. Eu não sei se é uma dificuldade minha ou se os colegas compartilham, mas a gente não tem tempo, às vezes, de se apropriar dos planejamentos que fizeram para nós. Até porque quem planejou, ele planejou de manhã, e de tarde ele resolveu mudar o planejamento (G4).

Várias questões que vão aparecendo no meio e a gente tem que gerenciar tudo isso. Esse é o nosso grande desafio, a gente pega a peteca quente na mão e tem que administrar isso sem ter os recursos (G7).

Os gestores relataram inúmeras solicitações de informações no mesmo dia, vinda de órgãos diferentes da secretaria municipal de saúde, causando retrabalho e atrapalhando o desenvolvimento das atividades na unidade de saúde.

...acho que uma questão que eu achei erros primários da gestão, não estou dizendo supervisão, mas lá de cima, é muitas informações que a gente tinha que responder às vezes 3, 4 vezes no dia, para pessoas diferentes. Não tinha um padrão. Se a informação é a única que vai para a secretaria de saúde, por que uma pasta pede uma coisa, a outra pasta pede outra, a outra pasta pede a mesma coisa que eu já respondi? Por que não foi feito um projeto, um sistema que abrangesse todas as informações que a secretaria precisasse e a gente pegava uma hora do dia e alimentava aquele sistema? (G3).

Às vezes, a secretaria, cada área temática, ela funciona meio que em uma caixinha separada uma da outra e, às vezes, cada uma age como se ela fosse única e se a gente existisse só para ela. Isso demanda energia demais, trabalho demais. Eu tinha uma planilha para monitorar planilha, porque durante a pandemia, eram tantas planilhas, porque tinha muita gente buscando só as informações, pouca gente para executar aqui embaixo, para dar conta de tamanha assistência. O excesso de planilha, o excesso de retrabalho foi cansativo (G4).

Eu tive um momento que eu tive a planilha das planilhas. Era tanta planilha para a gente preencher, era tanta coisa para a gente mandar para todo mundo, que ficava desorganizado, então eu criei a “planilha das planilhas”. O que era para STS, para UVIS [Unidade de Vigilância em Saúde], para a [nome da OSS], fui direcionando tudo isso. Me norteou um pouco, compartilhei com as pessoas isso, porque se percebia que estava todo mundo tentando organizar, mas cada um do seu jeitinho, na sua necessidade, ao invés de unificar todas as informações (G8).

Foi realmente as milhões de planilhas e que se não fosse a equipe, cada um assumir uma parte e cada uma, juntos construir um fluxo, teria sido insano,

inviável. Eu creio que foi a maior dificuldade porque o atendimento, a demanda, isso aí estava na porta, estava batendo (G9).

Existe um distanciamento entre a mesogestão, que cria as normas e determina a organização do trabalho, em relação à microgestão, onde o trabalho acontece, mostrando uma divisão de trabalho hierarquizada e fragmentada.

5.2 FACILIDADES PARA A GESTÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

5.3.1 Trabalho em equipe e colaboração

Mesmo frente à muitas adversidades e incertezas impostas pela situação que se descortinava, os gestores encontraram refúgio em seus pares, suas equipes e supervisores, o que os ajudou manter o ânimo, executar o planejamento desenhado e fortaleceu o sentimento de união entre os pares.

Eu tenho uma equipe muito bacana, que eu acho que se eu conseguir segurar toda essa pressão da secretaria, eu devo à minha equipe, que esteve comigo, que sempre me apoiou, sempre ouviu todas as necessidades, graças à Deus. Eu vejo assim, eu saio com o aprendizado da minha responsabilidade como gestora de ter profissionais competentes que gostam do que fazem, que amam e são responsáveis pelo processo de trabalho, porque profissional para trabalhar tem vários, mas aqueles que são comprometidos com o SUS não é muito não, viu? (G3).

O trabalho em equipe, que foi outra facilidade, a gente se uniu muito. Eu acho que principalmente a equipe multi [profissional]. O NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família] deixou sair muito da casinha e compôs, eu acho que ele se aproximou mais (G4).

Os gestores sempre foram muito unidos. Na pandemia, eu senti que isso aumentou. Esse apoio foi fundamental para a gente conseguir tocar não só a parte de gerir, porque criar uma planilha, a gente compartilhava informações para poder monitorar, para poder limitar dados, do que está acontecendo, do que está chegando para a gente dentro da unidade, mas o apoio emocional e psicológico e aquilo, de vez em quando, para, respira, conversa com quem está ali do seu lado passando a mesma situação e pega [a pessoa] usa a experiência dela para colocar dentro da sua unidade também, moldando de acordo com o perfil, mas foi muito importante essa união (G8).

A [nome da supervisora] falava com a gente a todo minuto, chamava a gente em reunião para falar desse momento e aqui também a gente, a todo o momento, agradecendo a equipe, fortalecendo a equipe (G5).

Além disso o apoio também veio da sociedade e da iniciativa privada (como empresas), com a distribuição de recursos físicos para dar suporte ao trabalho, e a preocupação dos usuários em relação aos trabalhadores, o que trouxe conforto para quem estava na linha de frente.

A gente não pode esquecer, também, de alguns agrados que a gente teve para enfrentar tudo isso. Acho que foi bem legal essa doação que teve, essa atenção que teve com os profissionais. Logo no começo da pandemia, a gente estava tenso, estava enfrentando tudo isso, mas a gente teve muitos apoios de pessoas que a gente não esperava, às vezes até de usuário que vinha com uma preocupação, com um carinho para nós, e o tanto que a gente pôde se unir com a própria equipe para conseguir enfrentar tudo isso. Eu acho que isso que é o que nos ajuda, que nos move, que, pelo menos, marcou eu demais. Eu acho que isso que eu levo para mim, é esse carinho que eu recebi, esse conforto, e que a gente pôde dividir com todos os colegas (G7).

A colaboração entre a equipe foi fundamental para respostas rápidas e eficazes durante a situação de crise causada pela pandemia, com parceria e integração dos saberes, durante o processo de reorganização do trabalho.

5.3 ESTRATÉGIAS DE GESTÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

A pandemia de COVID-19 trouxe aos gestores a necessidade de desenvolver estratégias frente a situação desconhecida que se apresentou de maneira inesperada, levando-os elaborar ferramentas para manutenção do trabalho em saúde. Algumas dessas estratégias foram tão eficazes que seguiram sendo reproduzidas no cotidiano de trabalho da unidade.

5.4.1 Tecnologias da informação e comunicação

Com o distanciamento social, algumas tecnologias foram incorporadas ao cotidiano do serviço, entre elas a comunicação através de aplicativos de mensagens, teleatendimento e reuniões de forma virtual, como relatam os gestores:

A gente manda a mensagem pelo WhatsApp e a gente usa aqui na vacina, na regulação e também quando a gente vai desmarcar agenda, o médico está de atestado, alguma coisa, a gente tem que avisar os pacientes da gente também. Acho que foi uma coisa que a gente trouxe da pandemia (G2).

Toda hora tinha uma informação diferente. Como que a gente começou a se comunicar também com aquele que trazia as informações, que era regida pelo município? Online, da forma que a gente está aqui [refere-se ao GF online]. A gente começou a se comunicar de forma diferente, que é uma nova prática de fazer (G5).

A possibilidade de conversar com os pacientes por *WhatsApp*, isso foi fantástico, porque isso na minha realidade, a maioria dos pacientes não pagam a linha [telefônica], aí você não consegue contato por telefone. Só quando ele está no *Wi-Fi*, que é da casa dele, em algum lugar que ele vá, ele recebe a mensagem. Essa comunicação com o usuário ficou ótimo. Acho que veio bem a calhar. É uma coisa que a gente está usando rotineiramente, para buscar [faltoso] de vacina, para tudo, o teleatendimento também, maravilhoso, também é uma abordagem muito legal, até para ir atrás de paciente faltoso, para monitoramento. A gente tem uma paciente que nós direcionamos ontem para a UPA [Unidade de Pronto Atendimento], a equipe já está ligando hoje, fazendo teleatendimento para saber como que foi. Essas coisas eu acho que

ficaram. E a reunião híbrida também, essa possibilidade de reuniões tanto online ou, então, híbrida, porque para os meus conselheiros [integrantes do conselho gestor local], eu tenho muitos conselheiros que preferem acessar online e outros presencial, então isso para ficar (G7).

O teleatendimento que surgiu da pandemia e é um ganho para a gente hoje. Eu vejo um ganho com esse teleatendimento, porque a gente consegue ter um acesso mais rápido com o paciente, fazer um acompanhamento de casos mais leves e veio da pandemia e veio para ficar, e eu acho que é um ganho para a saúde pública. Precisa ter um pouco mais de estrutura, mas eu vejo como um fortalecedor que veio (G6).

Uma das grandes questões dos últimos anos são as ferramentas de comunicação e como fazer uso delas. No caso da pandemia de COVID-19, os gestores se depararam com um grande fluxo de informações que mudavam de forma dinâmica e precisaram lidar com a necessidade de levar à população orientações confiáveis e verídicas.

5.4.2 Adequação do acesso visando a universalidade e a equidade

A pandemia atravessou o processo de trabalho trazendo demandas urgentes, verticalizadas e nem sempre alinhadas com as características do território, como relatam os gestores, o que fez com que eles destacassem a necessidade do planejamento com a equipe para a reorganização das ações sob responsabilidade da APS. Com uma nova realidade surgindo, a necessidade de diversificar as formas de acesso ao serviço para o atendimento aos usuários exigiu dos gestores estratégias para a retomada do cuidado praticado pela APS.

Então nós fizemos um acesso adequado. O que é isso? Períodos na agenda para livre demanda daquele território, para aquele médico atender sem um agendamento. Diminuiu absenteísmo [faltas dos usuários à consulta agendada], porque o absenteísmo cresceu demais na pandemia. Ele já era um índice alto, com a pandemia, o absenteísmo deu um *boom*. Nós chegamos, assim, eu já tive absenteísmos de 50 a 60% em uma agenda e a média era 30, 35%. Foi um *boom* muito grande. Para a redução do absenteísmo, nós criamos ali dentro esse acesso adequado, então períodos da agenda do médico sem aquela hora marcada e o paciente de livre demanda, de acordo com a sua necessidade, era atendido e o atendimento resolutivo (G8).

Além disso, no período da pandemia, a gente acabou, junto com a equipe, identificando mesmo que o atendimento não era só do sintomático respiratório, porque nós teríamos, dentro do nosso território, igual a [nome do gestor] colocou aí, situações de gravidade, que eu falo que não é nem vermelho, que é o roxo, é o nosso paciente roxo que está lá e que não vai se deslocar até UBS [USF]. Nós construímos isso já em 2021, a questão das agendas com consultas no território. A gente identificou espaços no território para atendimento desses usuários, porque os usuários tinham que se deslocar até a UBS [USF], porque ali estava o grupo de sintomático respiratório. E os médicos e os enfermeiros, equipe multidisciplinar, se deslocava até um espaço no território para atender esse paciente, seja ele hipertenso, diabético, seja ele paciente de saúde mental. A gente fez isso ao longo do ano de 2021, isso se perpetua no ano de 2022, se perpetuou, porque a gente ampliou o acesso para esses pacientes, então hoje

todos os profissionais da unidade têm semanalmente na sua agenda bloqueada para atender o paciente do seu território na sua localização de moradia (G5).

o trabalho que eu acho que a pandemia veio, o nosso trabalho com a equidade mesmo, a gente oferecer para aquele que precisa mais e garantindo esse espaço na agenda para essa gestão da equipe que tem a responsabilidade com o território, para ter essa flexibilidade, não ser só aquele agendamento via recepção. A equipe ter essa oportunidade para poder fazer o gerenciamento da sua micro equipe (G6).

A partir dos excertos pode-se perceber que os gestores precisaram entender sobre o novo cenário que se descortinava ao mesmo tempo em que lidavam com a incerteza sobre o futuro, com os sentimentos próprios e os da equipe, e com as diversas orientações que chegavam a todo momento dos outros níveis de gestão, muitas vezes em um contexto desfavorável em relação a questões técnicas e de infraestrutura nas unidades gerenciadas.

Nesta dinâmica, a colaboração entre a equipe e do público externo, além da elaboração de estratégias para manutenção do atendimento em saúde e novas formas de comunicação e acesso foram fundamentais no enfrentamento às adversidades causadas pela pandemia de COVID-19.

6 DISCUSSÃO

O enfoque da discussão nesse trabalho não será nos elementos constituintes no processo de trabalho, uma vez que esse não foi o objeto de estudo, mas sim nas estratégias que os gestores adotaram no enfrentamento da pandemia (operacionalizadas por meio das tecnologias), nas facilidades e as dificuldades encontradas durante esse período.

Ao analisar as falas dos gestores coletadas nesse trabalho, percebe-se que durante a pandemia houve um deslocamento do objeto de trabalho, que é a produção de cuidado com o objetivo de atingir a cura e a saúde (FEUERWERKER, 2014), para a reorganização do cuidado visando a manutenção da assistência e da vida frente a uma doença desconhecida, seja a vida do usuário ou a do próprio profissional da saúde. Esse deslocamento pede a utilização de saberes e tecnologias implicados nessa mudança, trazendo alterações no perfil dos profissionais, tanto no plano individual quanto no coletivo, pois as modificações afetam as responsabilidades e relações entre os sujeitos e as tecnologias por eles utilizadas, reprogramando as ações anteriormente desenvolvidas, tanto no âmbito individual quanto no coletivo (TEIXEIRA, 2006).

A pandemia de COVID-19 afetou significativamente a rotina de trabalho dos gestores, impactando diferentes aspectos referentes a estrutura física e fluxo de usuários das unidades saúde, redistribuição de atribuições e gerenciamento emocional das equipes, manutenção do cuidado e reorganização do acesso da população ao serviço, gestão de informações e produção de dados, novas formas de comunicação com o território e outros pares em tempos de distanciamento social.

As unidades de saúde foram submetidas a políticas de saúde que, somadas a decisões gerenciais no nível da mesogestão e constantes mudanças nos protocolos e diretrizes praticados no município de São Paulo, fizeram que os gestores da microgestão precisassem utilizar as tecnologias em saúde e, mais especificamente neste contexto, as tecnologias leve-duras e leves, com a elaboração de estratégias diversas para acomodar a rotina de trabalho, exigindo aumento da responsabilidade gerencial e adaptação da equipe à nova realidade, visando a manutenção do cuidado em condições adversas.

As estratégias de enfrentamento foram construídas pelos gestores e por suas equipes, em um trabalho colaborativo em busca de respostas. Faltava o apoio externo, investimentos na saúde dos trabalhadores e orientação sobre o que precisava ser feito dentro da realidade de cada um. Neste caso, foi fundamental o uso de tecnologias leves, com o aumento de interação e

comunicação entre gestores e profissionais visando a construção fluxos de atendimento dentro das unidades de saúde e de respostas às situações imprevistas

Os gestores declararam que diretrizes verticalizadas chegavam a todo momento, dificultando o planejamento de ações. A falta de estrutura física das unidades de saúde, o despreparo frente a demanda e a falta de articulação com os serviços de maior complexidade para encaminhamento de casos graves foram obstáculos para um atendimento adequado à população.

Na dimensão gerencial das unidades, os gestores e suas equipes precisaram identificar as necessidades de saúde do território naquele momento, ao mesmo tempo em que se adaptavam aos protocolos oriundos do nível meso gerencial, o que gerou uma tensão entre os níveis de gestão, seja pela dificuldade em orientar os profissionais para o atendimento solicitado, pelo curto tempo entre a chegada da informação e sua disseminação ou seja pela ausência de infraestrutura para atender aos protocolos e reorganizar o atendimento. Para a resolução dessas situações foi necessário o uso de tecnologias leve-duras, onde os saberes estruturados, os protocolos e as ferramentas desenvolvidas pela área de administração auxiliaram na condução das situações impostas pelo contexto pandêmico.

Quando a fala dos gestores é comparada a experiências internacionais de enfrentamento à COVID-19, é possível perceber que a falta de articulação da gestão em todos os seus níveis foi um fator dificultador para a organização do processo de trabalho e para uma resposta mais eficiente na organização dos serviços e na gestão do cuidado durante a pandemia.

O sucesso do enfrentamento de uma pandemia depende de seu gerenciamento. Sistemas de saúde com experiências pandêmicas anteriores como os de Hong Kong e China e os com uma APS forte e bem consolidada, como o do Reino Unido e Canadá, possibilitaram a prestação de cuidados adequados em um cenário com grandes desafios e rápidas mudanças. O apoio das lideranças nacionais e locais por meio da gestão, evidências científicas e educação em saúde também contribuíram para o sucesso da gestão do cuidado em um primeiro momento (HOUSTON et al., 2020; LI, et al, 2021).

Como exemplo, temos o sistema de saúde canadense que é público e universal. Durante a pandemia o país implementou uma infraestrutura de colaboração entre as diferentes esferas de governo, criou leis específicas, e destinou recursos financeiros para a resposta à COVID-19. Com isso o Canadá apresentou taxas mais lentas de morbimortalidade por conta da pandemia do que Estados Unidos ou União Europeia (URRUTIA et al., 2021).

No Brasil, as desigualdades estruturais do sistema de saúde, somadas a uma descoordenação de ações dificultaram a organização da resposta à emergência em saúde, atraso

na elaboração e execução de políticas públicas, indefinição de atribuições das diferentes esferas de governo, diferenças de ações entre gestões estaduais, falha na alocação de recursos e informações desencontradas, levando a uma onda de desconfiança em parte da população e o país a ocupar o segundo lugar mundial em número de casos e óbitos (LIMA et al., 2020; ALBUQUERQUE et al., 2021).

A pandemia mostrou fragilidades no processo de gestão de dados, com a solicitação da mesma informação várias vezes ao dia por diferentes áreas. Gestores relataram que comunicação muitas vezes foi atravessada pela mídia e por mudanças contantes nas diretrizes, exigindo ferramentas para atualizar todos os trabalhadores sobre os novos protocolos, o que demonstra falhas no uso das tecnologias duras e leve duras.

O Brasil tem uma lógica fragmentada de sistemas de saúde com bases de dados paralelas que não se conversam. As atividades de monitoramento, avaliação e planejamento dependem de sistemas robustos e interligados, onde as informações possam ser acessadas de qualquer parte da RAS, minimizando assim falhas no acompanhamento de saúde da população, subsidiando decisões e facilitando o trabalho das equipes que poderão encontrar as informações concentradas em um só lugar, evitando a burocratização excessiva do trabalho e o aumento da demanda dos gestores, já tão sobrecarregados com as atividades gerenciais (MORENO, 2018).

A APS apresenta desafios permanentes no aspecto gerencial, pois é constantemente testada a frente ao surgimento de novas demandas e momentos de crise. Os achados desse estudo corroboram com outros, constatando que as unidades de saúde, mediante a pandemia, precisaram reorganizar o seu processo de trabalho, lidar com as dificuldades frente a desarticulação dos níveis de gestão e dispor novas estratégias e tecnologias para a manutenção do atendimento à população adscrita em integralidade, vislumbrando além das questões relacionadas ao COVID-19 (BRAQUEHAIS et al., 2020; HUSTON et al., 2020; LI et al., 2021; LIM et al., 2021; LARKINS et al., 2022; PULIDO et. al, 2022).

A situação desconhecida, o rápido avanço da doença pelo mundo, o alto número de infecções e letalidade, as repentinas mudanças na rotina de vida e no processo de trabalho trouxeram medo e incerteza para a toda a população, afetando também os profissionais de saúde, que continuaram a exercer suas funções enquanto uma grande parcela da população se encontrava em isolamento social. Profissionais de saúde ao redor do mundo sofreram impacto negativo na saúde mental com a pandemia, relatando sentimentos negativos como insônia, medo, infelicidade, e dúvidas em relação à própria capacidade (VANHAECHT et al., 2021).

Segundo Merhy (2019), as forças que operam no cotidiano do trabalho em saúde se constituem em campos de disputa nas relações de poder, nos encontros entre os trabalhadores,

gestores e usuários e em suas relações. Essas forças de tensão são marcadas pelas histórias de vida, pela formação das equipes, pelos encontros nos territórios, entre outros fatores. Os gestores precisaram lidar com essas tensões inerentes ao processo de trabalho, somadas à situação adversa causada pela pandemia.

O sentimento de medo da morte, de adoecer e contaminar os familiares e o luto pela perda de entes queridos acompanharam a rotina de trabalho. Na ausência de políticas públicas de apoio para essa população os gestores locais buscaram ferramentas para auxiliar os trabalhadores no enfrentamento dessa situação, através de trocas entre os profissionais e apoio da equipe multiprofissional com momentos de cuidado.

No Reino Unido, o NHS (*National Health System*) desenvolveu ferramentas para que os gestores do sistema pudessem apoiar suas equipes nas questões relacionadas à saúde mental, com mentoria e material online sobre gerenciamento de estresse, manutenção da equipe, liderança compassiva de crises e treinamento de conversação sobre saúde mental e bem-estar (NHS, 2020).

No Brasil também existiram iniciativas nesse sentido, como a publicação de um guia pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) contendo recomendações para gestores sobre saúde mental de trabalhadores durante a pandemia, e iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que disponibilizou um canal de atendimento para profissionais de enfermagem que necessitassem de ajuda emocional nesse período (FIOCRUZ, 2020; HUMEREZ; OHL; SILVA, 2020).

No grupo de gestores algumas iniciativas também foram relatadas. Mesmo com as limitações da pandemia os gestores procuraram alguns momentos de cuidado com os trabalhadores, com apoio dos psicólogos e terapeutas ocupacionais das equipes multidisciplinares, reforçando o uso de tecnologias leves em momentos de interação e comunicação e das tecnologias leve-duras no apoio aos membros da equipe. Em suas falas os gestores relatam as consequências da pandemia em sua saúde e na dos trabalhadores da unidade de saúde. Referem importante impacto na saúde mental, com consequências sentidas até hoje, o que vai de encontro com achados da literatura internacional (BRAQUEHAIS et al., 2020; VANHAECHT et al., 2021; PULIDO et al., 2022).

Como consequências desse impacto, alguns estudos relatam que sintomas de estresse pós-traumático podem ser vivenciados por essa população, com quadros de depressão e abuso de substâncias como álcool, necessitando de acompanhamento especializado (BRAQUEHAIS et al, 2020).

Situações adversas, como a da pandemia, podem provocar reações emocionais diversas como as relatadas pelos gestores. Ter uma rede de apoio pode ajudar a superar os momentos de adversidade. Em momento de isolamento social, onde a convivência dos trabalhadores de saúde foi reduzida ao contato com seu núcleo familiar e equipe de trabalho, contar com apoio de sua equipe, gestores e comunidade auxiliou positivamente a saúde mental (PULIDO et al., 2022).

Os gestores entrevistados relataram o impacto positivo do bom relacionamento com a equipe e com os outros gestores do mesmo nível de atenção para o apoio frente as adversidades e troca de estratégias utilizadas na rotina de demandas, propiciando incremento nas ferramentas utilizadas nas tarefas e alívio de tensões no cotidiano do trabalho através do compartilhamento de experiências. Estudos nacionais e internacionais relatam a relevância desse relacionamento para o bom resultado do trabalho e alívio da carga mental (TEIXEIRA, 2020; PULIDO et al., 2022). A colaboração entre a equipe propiciou respostas mais qualificadas frente às demandas (CANEPPELE et al., 2020; FERNANDES et al., 2021).

Com o aumento da complexidade do cuidado em saúde, a integração e colaboração nas equipes de saúde é ainda mais relevante para a prática da assistência e para o apoio entre os trabalhadores. A construção destas parcerias pode colaborar com o aumento da satisfação no trabalho pelos trabalhadores, melhoria do acesso da população ao sistema de saúde e constituir formas de resistências frente às constantes ameaças sofridas pela APS (PEDUZZI; AGRELLI, 2018).

O aumento da interação entre os trabalhadores frente aos novos desafios promoveu um clima de união e apoio entre os trabalhadores, proporcionando muitas vezes novos momentos de encontro no cotidiano do serviço, o que ajudou com que lidassem melhor com o estresse relacionado ao trabalho (PULIDO et al., 2022). O reconhecimento de seu esforço de trabalho pela sociedade estimula os trabalhadores a seguir na jornada (TEIXEIRA, 2020).

O acesso aos serviços prejudicado pelo isolamento social foi parcialmente contornado pelas equipes através de ferramentas tecnológicas duras como teleatendimento e uso de aplicativos de mensagem para a comunicação. Os gestores apresentam relatos positivos sobre a incorporação destas tecnologias, e pretendem seguir com seu uso na rotina de trabalho, pela rapidez do envio da informação e sua resposta e a possibilidade de atendimentos e reuniões de forma remota, incluindo um público que talvez não pudesse comparecer a compromissos na unidade de saúde, o que foi de encontro a várias experiências nacionais e internacionais relatadas na literatura.

Estudo de Lima et al. (2022) demonstrou que a pandemia exigiu dos gestores novos arranjos tecnoassistenciais frente à fragilidade de áreas como gestão da informação e

intersetorialidade durante o enfrentamento da COVID-19. Neste caso as tecnologias duras, como uso de computadores, internet, tablets, telefones e aplicativos de mensagens foram fundamentais para a manutenção do atendimento e manutenção do acesso dos usuários à unidade de saúde.

Novas formas de cuidado através do uso da tecnologia garantiram a população atendimento seguro e continuidade no tratamento (MEDINA et al., 2000). O teleatendimento foi estratégia rapidamente implementada em vários países (WANAT et al., 2021).

Essas estratégias possibilitaram o acesso à saúde com uma ferramenta de baixo custo e efetiva intervenção (BRESSY, 2020; DAUMAS, 2020; GIOVANELLA, 2020; HUSTON et al., 2020; MEDINA et al., 2020; SARTI, 2020; HALDANE et al., 2021; LARKIS, 2022). A manutenção de tecnologias e estratégias adotadas na pandemia podem auxiliar no acesso, resolutividade e facilidades no monitoramento de usuários prioritários (SARTI, 2020).

A situação epidemiológica acelerou a transição tecnológica para o teleatendimento, porém seu uso precisa ser observado, pois ao mesmo tempo que é um fator de inclusão pode ser excludente à parte da população sem acesso à tecnologia ou com dificuldade de comunicação verbal ou escrita, e seu uso no período pós pandêmico precisa ser avaliado (LIM et al., 2021).

A pandemia demandou novas estratégias para atendimento das necessidades de saúde da população, com a busca pela manutenção do atendimento. Dentro dos protocolos e frente às limitações impostas pelo isolamento social cada gestor reorganizou as atividades e redistribuiu tarefas de acordo com sua demanda e capacidade, o que trouxe flexibilidade para as ações e adequação ao contexto da área adscrita e do perfil da unidade de saúde.

Os gestores lançaram mão de estratégias como momentos livres nas agendas das equipes para o atendimento de demanda espontânea, proporcionando rapidez e resolutividade ao usuário, além de espaços de atendimento em espaços cedidos no território, facilitando o acesso do público que muitas vezes estava receoso de voltar a frequentar o espaço da unidade.

Essas práticas visaram a manutenção das características da APS que foram prejudicadas com o isolamento social e o olhar voltado predominantemente aos sintomas respiratórios, visando preservar as atribuições atravessadas pela pandemia, e atender a preocupação da equipe e dos gestores em relação a desassistência, procurando manter a longitudinalidade e o acesso, mesmo que de forma restrita ou parcial, até o estabelecimento da normalidade.

As estratégias adotadas vieram de encontro com a literatura, que apoia a manutenção das atividades de rotina da UBS/USF relacionadas aos grupos prioritários, com os cuidados

necessários e adaptações à nova realidade. Parcerias com equipamentos sociais e com a comunidade auxiliam esse processo (GIOVANELLA, 2020; MEDINA et al, 2020).

A reorganização do processo de trabalho na APS dentro do contexto pandêmico precisa preservar o acesso, o cuidado coordenado, a longitudinalidade e as abordagens familiares e comunitárias (GIOVANELLA et al., 2020). O acesso aos serviços de forma eficaz e em tempo oportuno garante a continuidade do cuidado da população adscrita em sua necessidade, além do atendimento da demanda espontânea (ALBUQUERQUE et al., 2021).

Novas formas de atendimento à população adscrita organizadas pelos gestores procuraram minimizar as consequências da falta de assistência à saúde durante o período pandêmico relatadas em vários estudos. Revisão de escopo realizada por Lim et al. (2021), evidenciou que a pandemia de COVID-19 reduziu o acesso da população aos cuidados primários, trazendo prejuízo ao atendimento da APS, atraso no atendimento de usuários com patologias que não fossem COVID-19, piora no quadro de alguns pacientes com comorbidades devido à falta de acompanhamento adequado e medicação, além de impactos à saúde mental da população.

Mendes (2020), constatou que pacientes crônicos e com outras patologias que necessitam acompanhamento sofreram de invisibilidade durante a pandemia, com o acompanhamento médico comprometido ou ainda ausência de acompanhamento, ocorrendo em risco de piora em seu quadro ou ainda atraso no diagnóstico de situações de agravamento.

Foram inúmeros os impactos da pandemia na rotina de trabalho dos gestores que usaram de várias ferramentas para garantir a continuidade do cuidado, incluindo o apoio mútuo, a troca de experiências, a reorganização do acesso e a incorporação de novos instrumentos para o teleatendimento e a comunicação com os usuários.

As tecnologias leves, leve-duras e duras foram amplamente utilizadas no processo de readequação da gestão unidades de saúde à realidade imposta pela pandemia de COVID-19, colaborando com os gestores em seu papel de manter o funcionamento dos serviços diante da complexidade social, assistencial e epidemiológica pela qual estavam atravessando.

Segundo Mendes-Gonçalves (2017), em épocas de crises as mudanças se aceleram e as forças humanas, que são preceptoras dessas mudanças, se movem rompendo com um determinado tipo de organização da sociedade. Teixeira (2006) refere que mudanças no processo de gestão que permitam a identificação de necessidades de saúde levando em consideração os contextos social e epidemiológico, podem produzir mudanças nas práticas de saúde.

Durante a pandemia foi possível perceber a mobilização dos profissionais de saúde e da sociedade em geral em busca de um objetivo em comum: sair da crise com o menor número de danos possível. No momento atual, estes protagonistas e espectadores da história vislumbram quais serão os impactos da pandemia na sociedade do futuro.

Apesar da relevância do presente estudo, ele apresenta algumas limitações, como o tamanho reduzido da amostra e a opção por uma técnica de coleta de dados coletiva que pode ter causado a inibição na fala dos participantes no espaço compartilhado, especialmente considerando a ausência de estabilidade do vínculo empregatício (gestão da unidade por OSS), mesmo com a garantia de sigilo pela pesquisadora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas estratégias foram adotadas pelos gestores da APS com o objetivo de reorganizar as práticas de trabalho frente à pandemia de COVID-19. As ferramentas tecnológicas, como o uso de aparelhos de comunicação para o atendimento aos usuários na forma de teleconsultas ou de outras demandas através de aplicativo de mensagens e o agendamento de reuniões à distância foram estratégias de baixo investimento e alto retorno, que permaneceram na rotina das unidades de saúde.

A reorganização do processo de trabalho com deslocamento da equipe para atendimento de demanda espontânea em equipamentos do território adscrito e manutenção de períodos protegidos na agenda com a finalidade de atender a demanda espontânea que busca a unidade de saúde foram outras estratégias iniciadas durante a pandemia e incorporadas à rotina das unidades.

Como desafios para a gestão local em tempos de pandemia, constatou-se a mediação de emoções dos trabalhadores frente ao desconhecido e em situações de luto, e a desarticulação entre os níveis de gestão gerando uma burocratização do trabalho. A troca de informações e o apoio mútuo entre gestores das unidades e equipe de saúde mitigou tais os desafios e possibilitou a execução do trabalho mesmo em meio à crise.

Tanto as ações aqui descritas quanto arranjos futuros precisarão ser avaliados em sua efetividade, lembrando que a população do território e a situação epidemiológica são fatores dinâmicos e as estratégias podem necessitar adaptação frente às mudanças sociais e ao cenário epidemiológico vigente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.V., OLIVEIRA, R. A. D., MACHADO, J.P., et. al. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde no cenário do Brasil em 2040: as redes regionais e nacionais no enfrentamento das iniquidades em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/52176/TD_67.pdf?sequence=2&isAllowed=y Acesso em 20 jul. 2023.

ALMEIDA, C. Reformas de Sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL S.; LOBATO, L. V. V.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 759-802.

ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49559>. DOI: 10.26633/RPSP.2018.180. Acesso em: 14 mar. 2022.

ALVES, J. G. et al. Grupo focal on-line para a coleta de dados de pesquisas qualitativas: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220447, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0447pt> Acesso em 18 jul. 2023.

AMARAL, M.A., CAMPOS, G.V.S. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: Uma metodologia de cogestão. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2018. P. 72-83.

AMORIM, D. A.; MENDES, A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1–20, 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/970>. DOI: 10.14295/jmphc.v12.970. Acesso em: 29 mai. 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5.ed. Lisboa: Edições 70, 2018.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytqkwtS/?lang=pt>. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28632016. Acesso em: 9 jun. 2022.

BRAQUEHAIS, M. D. et. al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals, **QJM: An International Journal of Medicine**, Volume 113, Issue 9, September 2020, Pages 613–617, Disponível em: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa207> Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279/GM, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção

Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf Acesso em 18 jul. 2023.

BRESSY, S. ZINGARELLI, E.M. Technological devices in COVID-19 primary care management: the Italian experience. **Family Practice**, Volume 37, Issue 5, October 2020, Pages 725–726. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa055> Acesso em: 19 jul. 2023.

CANEPPELE, A. H. et al.. Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe, p. e20200312, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qwb3vpq9FkWRkskRQSkZRGf/?lang=pt#> Acesso em: 21 nov. 2023.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, e00104120, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LpxCJfYrMkRWnBr7K9pGnXv/?lang=pt>. DOI: 10.1590/0102-311X00104120. Acesso em: 26 set. 2022.

DUARTE, L. S. et al. **Tendências da mercantilização no SUS do estado de São Paulo: análise territorial dos gastos com convênios e contratos de gestão com Organizações Sociais.** Saúde em Debate, v. 44, n. 127, p. 962-975, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mp5FZ9FWnJNb77DWKBDLynS/?lang=pt>. DOI: 10.1590/0103-1104202012702. Acesso em: 26 set. 2022.

DUNLOP, C. HOWE, A. LI, D., et, al: The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open** 2020; 4 (1): bjgpopen20X101041. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101041. Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/4/1/bjgpopen20X101041>. Acesso em 19 jul. 2023.

FACCHINI, L. A. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 3–10, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i1.73. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/73>. Acesso em: 30 jul. 2023.

FERNANDES, S. F. et al.. Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20210207, 2021. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Q5xzBG8qVcZcbWMpGktLXQq/?lang=pt#>. Disponível em: 21 nov. 2023.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489–506, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VnySD7xrN57bZFmssX3R5wj/?lang=pt> Acesso em: 29 jul. 2023.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod_resource/content/1/Micropol%C3%A9tica%20e%20sa%C3%BAde.pdf Acesso em: 21 nov. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid**. Recomendações para gestores 2020 Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, MS; 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-recomendacoes-para-gestores>. Acesso em 18 nov. 2023.

FONSECA, M. J. M.; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 590-602, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rmHPcmMp594BL6wMdkkwx8v/?lang=pt>. DOI: 10.1590/0103-1104202113003. Acesso em: 18 set. 2022.

FURLANETTO, D. DE L. C. et al.. Structure and responsiveness: are Primary Health Care Units prepared to face COVID-19?. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 134, p. 630–647, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213403P> Acesso em:19 jul. 2023.

GASTALDO, D. Congruência epistemológica como critério fundamental de rigor na pesquisa qualitativa em saúde. In: BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D.(org.). **Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 1.ed. Petrópolis: Ed Vozes, 2021. p. 23-36.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, L. et al. 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410> Acesso em 19 jul. 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M. A.; FIDELIS, P. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt#>. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020. Acesso em: 21 fev. 2022.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G.; et.al. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L., **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022, p. 201-216. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0013>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-14.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2023.

GUEST, G.; NAMEY, E; O'REGAN, A, et al. Comparing Interview and Focus Group Data Collected in Person and online [Internet]. **Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI)**; 2020 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK588708/> doi: 10.25302/05.2020.ME.1403117064. Acesso em 18 jul. 2023

HUMEREZ, D. C.; OHL, R. I. B.; SILVA, M. C. N. Saúde Mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia COVID-19: Ação do Conselho Federal de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, mai. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74115/40808> doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i04115> Acesso em: 18 nov. de 2023.

HUSTON, P.C., et.al.. COVID-19 and primary care in six countries. **BJGP Open**. 2020 Oct 27;4(4). doi: 10.3399/bjgpopen20X101128 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7606153/> Acesso em 19 julho 2023.

LAZZARESCHI, N. Flexibilização, Desregulamentação e Precarização das relações de trabalho: uma distinção necessária. **Revista Labor**, v. 1, n. 13, p. 63-82, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/labor/article/view/6560>. DOI: 10.29148/labor.v1i13.6560. Acesso em: 28 set. 2022.

LARKINS, S.L., ALLARD, N. L., BURGESS, C.P. Management of COVID-19 in the community and the role of primary care: how the pandemic has shone light on a fragmented health system. **Med J Aust**. 2022 Nov 6;217 Suppl 9:S3-S6. doi: 10.5694/mja2.51721. Epub 2022 Sep 25. PMID: 36153815; PMCID: PMC9537916. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36153815/> Acesso em 19 jul. 2023.

LI, D., HOWE, A.C., PEÑA, M.P.A. Primary health care response in the management of pandemics: Learnings from the COVID-19 pandemic. **Atención Primaria**, Volume 53, Supplement 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102226>. Acesso em 19 Jul. 2023.

LIM, J.; BROUGHAN, J. CROWLEY, D., **COVID-19's impact on primary care and related mitigation strategies: A scoping review**. *European Journal of General Practice*, 27:1,166-175. 2021. DOI: 10.1080/13814788.2021.1946681 Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/13814788.2021.1946681?scroll=top&needAccess=true&role=tab> Acesso em: 22 jul. 2023.

LIMA, K. J. V. et al.. Arranjos tecnoassistenciais no enfrentamento da pandemia da COVID-19 na perspectiva de gestores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, p. e3591, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/xz3DMvxYS57F9KqRdCFtXyP/?lang=pt#> Acesso em 21 nov. 2023.

LIMA, L.D., PEREIRA, A.M.M. MACHADO, C.V.. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 7, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185220> Acesso em 20 jul. 2023.

MACHADO, R. R. et al.. Management in the Family Health Strategy: workloads and structured institutional violence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 3, p. e20220071, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0071pt> Acesso em 23 jul. 2023.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLfMg/?lang=pt>. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020. Acesso em: 8 jun. 2023.

MASSUDA, A.; MALIK, A. M; JUNIOR, W.C.F; et.al. Pontos chave para gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19. **Nota Técnica n. 6. IEPS**: São Paulo, 2020. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-GVsaude-NT6.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2022.

MASSUDA, A. et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos EBAPÉ.BR**, v. 19, n. spe, p. 735-744, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/PfnQv8mykrVxTDjVgD8Sfgs/?lang=pt>. DOI: 10.1590/1679-395120200185. Acesso em: 9 jun. 2022.

MEDINA, M. G. et al.. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720> Acesso em 19 jul. 2023.

MENDES, E.V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível**. [Internet] 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES, R.C.M; SANTOS, L. **Saúde, sociedade e história**. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 298-374.

MELO, E.; MATTOS, R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. et al. (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 94-117.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 22. jan. 2023.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 70–83, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?lang=pt> Acesso em: 20 jul. 23.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, H. M. M. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, e00194916, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNdjPpnLsg/?lang=pt>. DOI: 10.1590/0102-311X00194916. Acesso em: 25 set. 2022.

MORENO, A.B. Muito além do básico: as bases de dados em saúde e a Atenção Básica à saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. et al. (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. DOI: 10.1590/0103-1104201811601. Acesso em: 23 mai. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, e00040220, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt>. DOI: 10.1590/0102-311X00040220. Acesso em: 8 jun. 2022.

NHS People. **PlanOnline version of the People Plan for 2020/2021**. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/ournhspeople/online-version/lfaop/support-during-covid/> Acesso em 19 jul. 2023.

OLIVEIRA, J. C. . et .al. Especificidades do grupo focal on-line: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1813–1826, maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.11682021> Acesso em 18 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 10 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19** 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente> Acesso em: 29 jul. 2023.

ORTÚN, R.V. Innovación en sanidad. In: MENEU, R., ORTÚN, R.V (ed.) **Política y gestión sanitaria: la agenda explícita**. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 1996. Disponível em: <https://www.upf.edu/documents/2984046/2986000/AgendaExplicita.pdf/110be3e2-2fca-4fe8-8526-3163d798734a> Acesso em: 27 jul. 2023.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. **Ciênc. saúde coletiva**, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hPzrtYnZZJdQDDD39QNrMQL/?lang=pt#>. Acesso em 11 jan. 2023

PAIM, J. S.; Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 458-492.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. Ciênc. saúde coletiva, 2007 12 suppl, nov. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LSrY4BhGKSRcFFxvQsYvCMd/?lang=pt#>. Acesso em: 11 jan. 2023.

PEDROSA, K. et al. Necessidade de reconfiguração do financiamento do SUS diante da austeridade: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e8711527785, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27785>. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.27785. Acesso em: 28 mai. 2022.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.1998.173872>. Acesso em: 22 de jan. 2023.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75–91, mar. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/7wThg5StFB5CPf6jSWDCH7C/#> Acesso em: 18 nov. de 2023

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827> Acesso em: 22 de jul. de 2023

PEDUZZI, M., SCHRAIBER, L.M. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 22. jan. 2023.

PIRES, D. E. P. DE et al. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180216, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216> Acesso em: 18 jul. 2023

PULIDO, F. M., PALMAR-SANTOS, A.M., FLORES-MARTOS, J. A. et. al. Internal dynamics within primary care teams in two Spanish regions during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. **BMC Prim Care**. 2022 Mar 31;23(1):64. doi: 10.1186/s12875-022-01674-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35361146/> Acesso em: 22 jul. 2023.

RAWAF, S. et al. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. **The European journal of general practice**, v. 26, n. 1, p. 129–133, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2020.1820479>. DOI: 10.1080/13814788.2020.1820479. Acesso em: 28 set. 2022.

REZIO, L. DE A. et al. O neoliberalismo e a precarização do trabalho em enfermagem na pandemia de COVID-19: repercussões na saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20210257, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0257> Acesso em: 21 jul. 2023.

ROSA, J. G. R. **Grande Sertão: Veredas**. Coleção Guimarães Rosa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2013

ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, nov. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGxm7s89ZQtmJHHXMgSYyg/?lang=pt#>. Acesso em: 29 jul. 2023

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Boletim CEInfo Saúde em dados**, 2022a. São Paulo (SP). 2023 Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/capas_publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2023.pdf

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Contratos com Organizações Sociais de Saúde, Organizações da Sociedade Civil e Instituição sem Fins Lucrativos Lei Federal e Municipal OS**. 2022 Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347. Acesso em 22 jan. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Mapa da Cidade**. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/mapa/index.php?p=250449> Acesso em 18 jul. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Mapa da cidade de São Paulo por Subprefeituras**. 2022 Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/mapa/index.php?p=250449>. Acesso em 18 jul. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **COVID-19**: As potencialidades de uma rede de atenção consolidada no enfrentamento da pandemia no Município de São Paulo [Internet]. 2020 Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Potencialidades_da_RAS_na_COVID_19_julho_2020_20200820.pdf Acesso em 20 jul. 2023.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024> Acesso em 19 jul. 23

SILVA, L. B. Ferramentas de microgestão nas Redes de Atenção à Saúde. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS / UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Gestão em Saúde. Organização da Atenção à Saúde no SUS**. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2020.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n3, maio 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3vTKynxrHpTpNfQVQzZSkmv/?lang=pt#> Acesso em: 11 de jan. 2023.

SOUZA, V. R. DOS S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631> Acesso em: 18 jul. 2023.

TEIXEIRA, M.; MATTA, G. C.; JUNIOR, A. G. S. Modelos de gestão na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 118-142.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-03.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2023.

TEIXEIRA, C. F. DE S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020> Acesso em: 22 jul. 2023.

TONG, A. et al. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. **Int J Qual Heal Care** [online]. 2007, vol. 19, no. 06, pp.349–57. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042> Acesso em: 18 jul. 2023.

URRUTIA D., et. al. Overview of Canada's Answer to the COVID-19 Pandemic's First Wave (January–April 2020). **International Journal of Environmental Research and Public Health** [Internet] 2021;18(13):7131. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18137131> Acesso em: 20 jul. 2023.

WHO - World Health Organization (2007). Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: **WHO's framework for action**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918> Acesso em 18 jul. 2023.

WHO - World Health Organization **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int> Acesso em: 27 jul. 2023

VANHAECHT, K. et. al., COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 33, Issue 1, 2021, mzaa158, Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa158> Acesso em 19 jul. 2023.

WANAT, M.; HOSTE, M.; GOBAT, N. et. al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. **Br J Gen Pract.** 2021 Jul 29;71(709):e634-e642. doi: 10.3399/BJGP.2020.1112. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8274627/> Acesso em: 20 jul. 2023.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupos Focais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPOS FOCALIS
(Resolução 510/2016 do CNS)
Aprovação do CEP nº 4.743.539 (SMS) e 4.525.808 (UFSCar)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Processo do trabalho de gestores da atenção primária à saúde no contexto da pandemia da covid-19” coordenada pela Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva em parceria com a Profa. Dra. Vivian Aline Mininel, ambas do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos, com participação das mestrandas Roberta Silva Aparecido e Agatha Scarpa, estudantes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar. Este projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) com parecer n. 4.743.539 e CAAE n. 39724820.6.3001.0086 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, com parecer n 4.525.808 e CAAE n 39724820.6.0000.5504.

Este estudo tem como objetivo compreender o processo de trabalho de gestores da APS no contexto da pandemia da COVI-19.

O encontro do grupo focal, com duração média prevista de 60 a 90 minutos, será realizado em duas sessões, virtualmente, em seu próprio local de trabalho mediante agendamento prévio com todos os integrantes. Solicito sua autorização para gravação do áudio e vídeo do grupo e transcrição integral dos dados. As perguntas não serão invasivas à sua intimidade, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar potenciais riscos emocionais como cansaço, aborrecimento ou desconforto, como resultado da exposição de opiniões pessoais que envolvem suas próprias ações no trabalho. Diante dessas situações, você poderá interromper o grupo a qualquer momento e ou retirar o seu consentimento de participação na pesquisa. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer motivo descrito, se for do seu desejo a pesquisadora poderá encaminhá-lo a serviços de saúde do SUS que atendem por demanda, para assistência integral imediata.

Este estudo não trará benefícios diretos a você, mas sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a construção de novos

conhecimentos no que tange as mudanças desencadeadas pela pandemia da COVID-19 na gestão em saúde. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante a coleta de dados.

O link de acesso para entrevista virtual será exclusivo para cada encontro e será enviado individualmente apenas aos participantes do grupo focal. Os dados gravados e transcritos nessa etapa do estudo serão arquivados em computador individual das pesquisadoras protegido por senha por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Os dados não ficarão armazenados em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". As pesquisadoras reconhecem as limitações do ambiente virtual para assegurar total segurança e confidencialidade da coleta de dados devido às limitações das tecnologias utilizadas.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Você não terá nenhum custo, compensação financeira ou acúmulo em banco de horas, ou hora extra ao participar desta pesquisa. Você terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, conforme o Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002), sobretudo nos artigos 927 a 954, Capítulos I (Da Obrigação de Indenizar) e II (Da Obrigação de Indenizar), Título IX (Da Responsabilidade Civil).

Você receberá uma via assinada deste do Termo de Consentimento, contendo o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento entrando em contato com a pesquisadora responsável:

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Telefones de contato (16)3351-8334 ou (11)98188-1502.

E-mail: jaqueline.alc@gmail.com

Endereço para contato: Rodovia Washington Luis, Km 235, caixa postal 676. São Carlos-SP. Cep: 13565-905.

Concordo em participar da pesquisa pois estou esclarecido a respeito de seus objetivos, riscos e benefícios. Recebi uma via assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

tive a oportunidade de lê-lo e esclarecer minhas dúvidas sobre o projeto e minha participação na pesquisa. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar e da Secretaria Municipal de São Paulo.

Local e data: _____

Pesquisador

Participante da Pesquisa / Responsável Legal

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar

É composto por diversos membros, que tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em relação a sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Para informações complementares, acesse: <http://www.propq.ufscar.br/etica>

Endereço para contato: Rodovia Washington Luis, Km 235 – Prédio da Pró Reitoria de Pesquisa, área Sul

Horário de Atendimento ao Público – Balcão e Telefone: Segunda à Sexta das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30

E-mail: cephumanos@ufscar.br Telefone: (16) 3351- 9685

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)

Sua função é avaliar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil e faz a coordenação dos comitês de ética das instituições. Para informações complementares acesse: <http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/conep/>

Endereço para contato: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B , 1º Andar, Brasília (DF)

E-mail: cns@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-2150/ 3821

Comitê de Ética em Pesquisa /SMS

Instância de natureza consultiva e deliberativa que tem a finalidade de realizar o controle social das pesquisas envolvendo seres humanos realizados no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo por meio de avaliação e acompanhamento.

Contato: Rua Gomes de Carvalho, 250 – Sala 15 – Vila Olímpia – CEP 04547-001 –
Telefone: 3846 1134 – R 228

E-mail: smscep@gmail.com

APÊNDICE B – Roteiro-Guia Dos Grupos Focais

Identificação dos participantes

Nome do entrevistado

Serviço de saúde em que está inserido

Cargo e/ou função no serviço

Categoria profissional

Idade

Sexo

Escolaridade

Ensino médio incompleto() Ensino médio completo ()

Superior incompleto () Ensino superior completo ()

Especialização () Sim () Não Área: _____

Mestrado () Sim () Não Área: _____

Doutorado() Sim () Não Área: _____

Ano de conclusão do curso de graduação/educação profissional

Questões

A pandemia da Covid-19 trouxe diversos impactos ao SUS, nos diversos pontos da Rede. Gostaria que vocês compartilhassem como foi esta experiência para vocês.

Quais desafios ou dificuldades vocês encontraram para fazer a gestão no contexto da pandemia de Covid-19?

Quais facilidades vocês encontraram para fazer a gestão no contexto da pandemia de Covid-19 (ou aspectos que deixaram o trabalho mais fácil).

Comentem quais estratégias vocês utilizaram fazer a gestão do trabalho com o contexto da pandemia de Covid-19.

Dentre estas estratégias, quais funcionaram e foram incorporadas nos serviços?

Comente sobre ações de fortalecimento da gestão do trabalho na APS com base na experiência vivenciada com a pandemia de Covid-19.

APÊNDICE C – Termo de Autorização para uso de Imagem e Voz**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ (para pessoas maiores de 18 anos)**

Eu, _____, depois de conhecer e compreender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e depoimento (voz), especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto de pesquisa “O Processo do Trabalho da Gestão em Saúde no contexto da pandemia da COVID-19” autorizo, por meio do presente termo, as pesquisadoras Roberta Silva Aparecido e Agatha Scarpa Mestrandas PPGENF/UFSCAR, e suas orientadoras, Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Profa. Dra. Vivian Aline Mininel e do Departamento de Enfermagem da UFSCar, a realizar a captação de imagens e gravação em áudio, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Reforço que fui informado que tais informações não serão utilizadas para divulgação, somente para análise dos dados, sendo, portanto, autorização restrita à esta finalidade.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Participante da Pesquisa / Responsável Legal