

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

ROBERTA SILVA APPARECIDO

PROCESSO DO TRABALHO DE GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

SÃO CARLOS - SP
2023

ROBERTA SILVA APPARECIDO

PROCESSO DO TRABALHO DE GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
CONTEXTO DA PANDEMIA DA 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.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jaqueline Alcântara
Marcelino da Silva

SÃO CARLOS - SP
2023

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figurem a identificação do autor, título, instituição e ano.

Nome: Roberta Silva Aparecido

Título: Processo do trabalho de gestores da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da 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.

Aprovado em: __ / __ / __

Banca Examinadora

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À memória de meus pais, Mauro e Tereza, meus exemplos de vida.

À minha orientadora Jaqueline, por toda paciência e apoio.

À minha amiga Agatha, por me mostrar que sempre há tempo para recomeçar.

AGRADECIMENTOS

A Deus por seu infinito amor.

Aos professores e professoras que me mostraram diversas perspectivas que me tornaram uma trabalhadora mais consciente.

À professora Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, obrigada pela orientação e pelos três anos compartilhados com muita paciência, confiança e apoio incondicional. Orgulho de ser sua mestranda!

À professora Vivian Miniél por sua paciência, por acreditar em meu potencial sempre e me tornar uma mestranda mais crítica e consciente. Obrigada pelas contribuições no exame de qualificação.

À professora Geisa Colebrusco de Souza pelo grande apoio e contribuições preciosas no exame de qualificação.

A todos os professores e professoras que ministraram disciplinas com extrema propriedade e carinho e acrescentaram conhecimentos fundamentais à minha jornada formativa.

Aos participantes do grupo de pesquisa “Gestão Formação Saúde e Trabalho” pelos momentos de compartilhamento de experiências e debates riquíssimos.

A todos os gestores que contribuíram com as entrevistas.

À Universidade Federal de São Carlos por suas portas abertas de conhecimento e oportunidades.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos pela excelente gestão, extrema organização e suporte.

Reze e trabalhe, fazendo de conta que esta vida é um dia de capina com sol quente, que às vezes custa muito a passar, mas sempre passa. E você ainda pode ter muito pedaço bom de alegria. Cada um tem a sua hora e a sua vez: você há de ter a sua.

(João Guimarães Rosa, Sagarana)

RESUMO

A compreensão do processo de trabalho dos gestores da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto da pandemia, a partir da identificação e análise das ações executadas, da organização do trabalho, bem como das potencialidades e das limitações a partir do olhar do gerente é de extrema importância para a compreensão da dinâmica do Sistema Único de Saúde em situações emergenciais. Busca-se responder como a pandemia do novo coronavírus influenciou as ações realizadas pela gestão local da APS e como as medidas emergenciais repercutiram no processo de trabalho dos gestores. Esta pesquisa tem como objetivo compreender o processo do trabalho dos gestores da APS no contexto da pandemia da COVID-19. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo-exploratório, com coleta de dados realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com gerentes da APS de uma Supervisão Técnica de Saúde (STS), no município de São Paulo. A análise temática de conteúdo foi realizada à luz do referencial teórico do processo de trabalho em saúde na APS e da gestão em saúde na APS. Foram realizadas onze entrevistas por meio da plataforma Google Meet, a partir das quais foram construídos os seguintes temas: 1) ações dos gestores da APS no contexto da pandemia da COVID-19: reorganização do processo de trabalho a partir de novas ações, novas estratégias desenvolvidas para otimizar o processo de trabalho e gestão diária para novos processos de trabalho; 2) percepções dos gestores na APS no contexto da pandemia da COVID-19: limitações e potencialidades. A percepção dos gestores em relação ao processo e trabalho das equipes da APS durante a pandemia da COVID-19 gerou conhecimentos para futuros eventos sanitários, principalmente no tocante a reorganização do trabalho das equipes. Novos fluxos para manejo de sintomáticos, lacunas de informação, manutenção da qualidade frente às adversidades e não interrupção de atendimento aos pacientes crônicos, o matriciamento diário de novos processos, o adoecimento dos trabalhadores, a motivação do engajamento dos profissionais de suas equipes foram desafios que impactaram na rotina de trabalho e também os exauriram, mas ao mesmo tempo os fizeram desenvolver ferramentas de trabalho valiosas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. COVID-19. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

Understanding the work process of PHC managers in the context of the pandemic, based on the identification and analysis of the actions taken, the organization of work, as well as the potentialities and limitations from the manager's point of view, is extremely important for understanding the dynamics of the Unified Health System in emergency situations. The aim is to answer how the new coronavirus pandemic influenced the actions carried out by the local PHC management and how the emergency measures had an impact on the work process of the managers. Objective: This research aims to understand the work process of Primary Health Care (PHC) managers in the context of the COVID-19 pandemic. This is a qualitative, descriptive-exploratory study, with data collection carried out through semi-structured interviews with PHC managers of a Technical Health Supervision (STS), in the city of São Paulo. Thematic content analysis was carried out in the light of the theoretical framework of the health work process in PHC and health management in PHC. Eleven interviews were carried out through the Google Meet platform, from which the following themes were constructed: 1) actions of PHC managers in the context of the COVID-19 pandemic: reorganization of the work process based on new actions, new strategies developed to optimize the work process and daily management for new work processes; 2) perceptions of PHC managers in the context of the COVID-19 pandemic: limitations and potential. The managers' perception of the process and work of the PHC teams during the COVID-19 pandemic generated knowledge for future health events, especially with regard to the reorganization of the teams' work. New flows for managing symptoms, information gaps, maintaining quality in the face of adversity and not interrupting care for chronic patients, the daily matrix of new processes, the illness of workers, motivating the engagement of professionals in their teams were challenges that had an impact in the work routine and also exhausted them, but at the same time made them develop valuable work tools.

Keywords: Primary Healthcare. COVID-19. Health Management. National Health Service. Health Work.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Temas e subtemas que indicam as ações e percepções dos gestores e as potencialidades e limitações dos serviços da APS no contexto da pandemia da COVID-19. São Carlos, SP, Brasil, 2022 28
- Quadro 2 - Perfil profissional dos gestores da APS participantes do estudo (N=11). São Carlos, SP, Brasil, 2022 28

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-SMSSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
COVISA	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CRS-Sudeste	Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste
DA	Distritos Administrativos
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
2019-nCoV	Infecção Humana pelo novo Coronavírus
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SG	Síndromes Gripais
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Justificativa.....	14
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Atenção Primária à Saúde.....	17
3.2 Processo de Trabalho em Saúde.....	20
4 MÉTODO.....	23
4.1 Tipo de Estudo.....	23
4.2 Local do Estudo.....	23
4.3 Participantes do Estudo.....	24
4.4 Procedimentos para Coleta de Dados.....	24
4.5 Aspectos Éticos.....	25
5 RESULTADOS.....	27
6 DISCUSSÃO.....	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	56
APÊNDICE B – ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA.....	60
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ.....	61
APÊNDICE D – ORÇAMENTO DO PROJETO.....	62

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 foi detectada em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Com o crescimento do número de casos, óbitos e países afetados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020 (WHO, 2020).

A partir de meados de janeiro de 2020, ocorreram os primeiros casos confirmados fora da China continental, com aumento considerável em fevereiro (ALJAZEERA, 2020). Em fevereiro de 2020, o Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) (BRASIL, 2020) e com a notificação de mais de 110 mil casos e 4 mil óbitos em países de todos os continentes, a OMS caracterizou como pandemia da COVID-19 em 11 de março de 2020 (ONU, 2020).

Devido à gravidade da situação, no dia 20 de março de 2020, foi declarado o estado de calamidade pública no município de São Paulo para o enfrentamento da pandemia (LEGISLAÇÃO MUNICIPAL, 2020a). Em meados de outubro de 2022, o estado de São Paulo confirmou mais de 1 milhão de casos com mais de 43 mil óbitos, sendo São Paulo o município com mais casos acumulados em todo o estado (NOVO CORONAVIRUS, 2022).

O combate à epidemia de forma eficaz, perpassa pela organização, gestão dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS), consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) (FERNANDES, 2020) e um padrão de alocação de recursos que possibilite reforçar uma segmentação de competências assistenciais federativas (SERVO et al., 2020). Com um sistema subfinanciado, uma emenda do teto de gastos vigente, que congela a despesa primária da União e sua aplicação mínima em ASP, em termos reais, até 2036, os municípios brasileiros não conseguem arrecadar os recursos indispensáveis para o bom funcionamento do sistema de saúde no combate a pandemia (SERVO et al., 2020).

A rede de APS, porta de entrada do usuário no sistema de saúde é considerada um importante pilar de enfrentamento de situações emergenciais, tais quais as epidemias de dengue, Zika vírus, febre amarela, Chikungunya e, também agora, da COVID-19 (SARTI et al., 2020; FERNANDES, 2020).

O delineamento de novos fluxos e organização do trabalho promovidos por gestores experientes e sensíveis na APS, atentos às novas demandas, é de extrema importância para a alocação adequada de recursos financeiros e de estratégias de ações específicas para o enfrentamento da pandemia (SARTI et al., 2020).

No novo contexto mundial frente à pandemia ocasionada pela COVID-19, a gestão tem acompanhado as mudanças no processo de trabalho em saúde que sofreu impactos bruscos e demandou um processo de adaptação à nova realidade mundial para atenção à saúde. Foram necessárias adequações às demandas não esperadas e a reorganização do processo de trabalho, no qual muitos profissionais foram realocados e submetidos a cargas horárias excessivas, além, da escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e necessidade de preparo para lidar com o novo vírus (GURTLER et al., 2020).

No Município de São Paulo, a partir da configuração do cenário de disseminação e propagação da COVID-19, o trabalho na área da saúde foi significativamente modificado, com novas diretrizes e protocolos sendo elaborados e divulgados a partir do avanço da pandemia. Essas ações impactaram diretamente todas as esferas de assistência e na gestão, exigindo dos trabalhadores adaptação rápida à nova realidade e às demandas por ela ocasionadas.

Nesta pesquisa, a gestão em saúde será abordada à luz do conceito do processo de trabalho em saúde que pode ser compreendido como: “(...) a dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, a prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Segundo as mesmas autoras, o estudo do processo de trabalho em saúde é uma importante abordagem para o entendimento das questões relacionadas aos recursos humanos nas diversas áreas da saúde, e é utilizado em pesquisas e intervenções que abordam essa temática em sua ampla gama de aspectos tanto estruturais como operacionais.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o processo de trabalho da gestão em saúde no contexto da pandemia da COVID-19, assim busca responder às seguintes perguntas: Como a pandemia da COVID-19 influenciou as ações realizadas pela gestão local da APS no SUS? Como as medidas emergenciais adotadas no combate ao coronavírus repercutiram no processo de trabalho da gestão nos serviços de saúde da APS?

1.1 Justificativa

Estudar a influência da pandemia no processo de trabalho da gestão em saúde no SUS permite identificar possíveis mudanças sofridas na organização da gestão em saúde em tempos de crise e a compreensão de como os trabalhadores da saúde e os serviços se reorganizam para responder a essa situação.

Torna-se imperioso, então, a busca da responsabilidade ética como parte fundamental da delimitação de novos arranjos e estratégias resolutivas; compete aos gestores de saúde

assumirem seu papel na tomada de decisões políticas-econômicas-sanitárias que promovam oportunidades adequadas para o SUS funcionar em todos os níveis assistenciais (ARAÚJO; OLIVEIRA; FREITAS, 2020).

Esta pesquisa poderá contribuir para a compreensão da organização e dinâmica da gestão em saúde no âmbito da APS no contexto da COVID-19, considerando que mesmo em momentos de pandemia, a gestão do SUS desenvolveu ações de acordo com as necessidades de saúde, que levaram o sistema a um processo de construção e readaptação constante.

Em cenários de pandemia, é notável que o sistema de saúde pública passe por problemas decorrentes do aumento de demandas e escassez de recursos, que consistem em alguns dos desafios impostos pela gestão dos serviços de saúde.

Sendo assim, esta pesquisa poderá indicar caminhos para reorganização de processos de trabalho da gestão, em futuras emergências de saúde pública, com o intuito de minimizar o número de usuários graves e de mortes, e contribuir para a manutenção da vida e do direito à saúde na APS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o processo de trabalho de gestores da APS no contexto da pandemia da COVID-19.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as ações dos gestores da APS no contexto da pandemia da COVID-19;
- Compreender as percepções dos gestores da APS no contexto da pandemia da COVID-19;
- Identificar as potencialidades e limitações dos serviços da APS no contexto da pandemia da COVID-19 a partir da percepção dos gestores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde

A APS teve origem na Alma-Ata, a Conferência que marcou historicamente o início da discussão sobre os cuidados básicos em Saúde, em 1978. O debate foi marcado pela indissociabilidade entre desenvolvimento econômico e social e, dentre estes, a Saúde como eixo alicerçador. Posteriormente em 2018, em Astana, na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, as discussões na Conferência Global sobre Atenção Primária, tiveram como pauta as disparidades entre países em relação ao desenvolvimento social. Astana possibilitou atualizar e ratificar a APS na agenda para a Saúde, muito embora em um contexto bastante diverso de Alma-Ata, pois ela ocorreu em um momento de austeridade neoliberal e acabou por refletir em seu eixo balizador reflexos austeros e bastante diversos à Alma-Ata (GIOVANELLA et al., 2019).

A APS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade, detém a importância dentro do modelo de atenção adotado para gerir o SUS com o intuito de adentrar o país a fora para garantir os princípios tão nobres que nasceram em 1988 (BRASIL, 2022a).

A 8ª Conferência de Saúde realizada em 1986 foi a pedra angular na gestão participativa na administração pública do Brasil. Efetivamente a concepção da estrutura e da dinâmica da Conferência alçou voo e deixou de ser apenas um evento meramente burocrático e se efetivou como um processo capilarizado até o nível local, envolvendo os cidadãos e entidades sindicais e associativas, a fim de elaborar um texto final exequível e pioneiro que foi alicerce da Reforma Sanitária que culminou na implantação de um Estado de direito, redemocratizado e reordenado ao sistema de seguridade social, que demarcou a saúde como direito social (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Apesar do contexto histórico em que se deu a criação do SUS, marcado com ampla participação social, que tem o controle social como princípio do sistema, a evolução do SUS não deixou de ser paralela ao crescimento do setor privado que, segundo a Constituição Brasileira, deveria complementar e suplementar o papel do SUS no intuito de buscar a integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2016). A pressão do mercado introduziu princípios neoliberais e sequelas relacionadas ao subfinanciamento crônico e às diversas políticas desastrosas como a promulgação em dezembro de 2016 da Emenda Constitucional

95/2016 que determinou um “piso/teto” para a aplicação federal na saúde, de tal modo que não haverá nenhuma alocação adicional de recursos para o SUS que não implique na redução de recursos de outra área governamental e/ou política social (ANFIP, 2018).

A lógica do mercado ditando as regras e alinhando as decisões políticas vem interferindo de forma muito obscura e séria nos processos de gestão, buscando cercear a universalização e gratuidade do Sistema, este integrante de algo muito maior no estado de direito, a seguridade social, e se vê mais do que nunca ameaçado em suas formas de financiamento. ANFIP (2018) considera que tem sido interrompido o processo de construção do SUS, com evidências de que está “em desmonte” desde meados de 2016.

Vale ressaltar, contudo, que a APS também não passou ilesa desse desenvolvimento tão escuso. A práxis neoliberal, revestida de racionalização de recursos para melhor utilização dos recursos públicos e produtividade trouxe os princípios gerencialistas como uma nova roupagem - a contradição do *modus operandi* entre o privado que gerencia o público (CORREIA; SANTOS, 2015).

Os trabalhadores das Organizações Sociais de Saúde (OSS), um tipo jurídico de direito privado, que deveriam ser sem fins lucrativos, nas quais os trabalhadores são contratados sob o regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e a prestação serviços por profissionais admitidos sob este regime seria a solução para qualificar a APS prestada pelo SUS, na verdade, não o fez (CORREIA, 2021).

Em grandes municípios, como São Paulo, por exemplo, esta estratégia é amplamente utilizada para a contratação de OSS. No início as OSS foram criadas por lideranças que buscavam melhores condições de vida, como os imigrantes recentes, por exemplo, e cobravam do poder público acesso à Saúde dentre os direitos sociais, para não mais ficar no limbo da proteção do Estado. As primeiras OSS conseguiram fundos através de eventos beneficentes. No entanto, com o passar das décadas a formatação primordial se perdeu e hoje, essas entidades tomaram forma de empresas, inclusive, com fins lucrativos, perderam o arranjo social e comunitário que as gestaram (NARVAI, 2022).

Em 2017, num período intenso de mudanças políticas, foi publicada a Portaria nº 2.436, que modificou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). As diretrizes que abrangem novas formas de organização dos serviços e composição das equipes afastou a universalidade do contexto, recomendando a cobertura de 100% da população apenas em grandes áreas e as de risco e vulnerabilidade social, segmentou os serviços básico e ampliado, tirou a Estratégia Saúde da Família (ESF) de seu destaque como estratégia para a ordenação do

cuidado, enfim, volta-se ao passado com a perspectiva médico-centrada (MOROSINI; FONSECA, 2018).

O Previne Brasil, instituiu a nova proposta de financiamento através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Alterou-se o arcabouço da política de saúde no país e converteu os três principais alicerces basilares do financiamento da atenção básica, extinguindo os pisos fixo e variável. Propôs ainda introduzir o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e, também, designou uma nova configuração da forma de pagamento por desempenho (BRASIL, 2019a).

O novo programa trouxe a proposta de equilibrar valores financeiros per capita referentes à população cadastrada nas equipes ESF da APS, modificou completamente o modelo de financiamento do Sistema, já extremamente subfinanciado, tornando a transferência aos municípios ainda mais díspar, dificultosa e injusta, mas na verdade reduziu o controle social como efeito adverso já esperado, deixando o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em segundo plano, retirando seu protagonismo.

Os aspectos que tangenciam o financiamento neste novo modelo foram contrários a qualquer apreciação, inclusive as solicitações de vista emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde e, à revelia, nenhum documento oficial foi apresentado para debate e a maneira de cálculo não foi demonstrada até a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 31 de outubro, data da aprovação.

O Previne Brasil ignora tudo que foi anteriormente exitoso no percurso histórico da saúde, por exemplo, o pagamento por desempenho que vinha sendo praticado na atenção básica desde 2011, através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que alinhava o aumento do acesso ao acompanhamento e a discussão de indicadores PMAQ e parte para uma outra lógica de desempenho, ultrapassada e excludente, que enfatiza o monitoramento de procedimentos e os resultados das ações de saúde, não abarcando a avaliação dos processos de trabalho (BRASIL, 2019b).

Coelho (2020), após avaliação da formulação do Previne Brasil, aponta que existe o risco de os resultados esperados não serem atingidos tendo em vista a razão do custo elevado para sua gestão e promoção dos incentivos necessários segundo a lógica do programa. Demonstrou, ainda, que a não estimativa de custos com as ações relacionadas a outros blocos, como não aumento de demanda de medicamentos pelo acompanhamento de doenças crônicas, a existência do teto de gastos, ausência de indicadores relacionados a todos os objetivos, falha no desenvolvimento lógico de parte do programa e, ainda, dificuldade de garantir a

fidedignidade de dados, podem comprometer os resultados esperados pelo programa (BRASIL, 2019a)

As desigualdades sociais, territoriais e assistenciais no Brasil exigem um modelo que considere as dificuldades e vulnerabilidades existentes, orientando-se pela equidade. Tal modelo não pode perder de vista a perspectiva da construção da igualdade de direitos e a universalidade, compromissos que deveriam guiar as políticas de gestão do SUS e, em particular, o papel redistributivo do financiamento federal. Sem esse horizonte, orientar-se pelas vulnerabilidades sociais afasta-se da equidade e transmuta-se em focalização e restrição de direitos.

3.2 Processo de Trabalho em Saúde

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), para o entendimento do trabalho, três conceitos seminais necessitam ser abstraídos e transpostos para o processo de trabalho em saúde, o objeto que é a remodelação de partes específicas da natureza, o da produção de saúde em seu conceito mais ampliado, o gasto de tempo de vida dos trabalhadores e os instrumentos de trabalho apropriados e específicos para a conformação do produzir saúde. Segundo o mesmo autor, o trabalho em saúde difere dos demais, pois pode ser desvinculado da ideia geral do trabalho, como algo pesado, sendo considerado um trabalho mais nobre.

Dentro dessa perspectiva, é possível a compreensão de que os trabalhos em saúde passam por um processo de transformação, no qual o trabalhador, por meio de seu saber e de suas ações, tendo em vista objetivos coletivos e individuais, realizam a finalidade social do trabalho (PEDUZZI, 2003).

Peduzzi (2003) trouxe a dimensão social do trabalho em saúde como “um trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de ‘algo’ (a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade” (PEDUZZI, 2003, p. 83).

Sendo o processo de trabalho entendido como uma conformação de ações humanas, a fim de alcançar objetivos previamente postulados ou não, muitas vezes os objetivos são percebidos ou reformulados durante o percurso, no sentido de viabilizar a produção de um determinado serviço ou produto (AYRES, 2015).

Os objetivos do processo de trabalho em saúde serão sempre social e historicamente determinados, não existindo por regra a produção de mercadorias ao comparar o processo de trabalho em saúde como o conceito do processo de trabalho como produção de bens materiais (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O processo de trabalho em saúde é construído por um conjunto de trabalhadores que coletivamente lançam mão de uma “caixa de ferramentas” para garantir que a pactuação entre diferentes sujeitos seja contemplada, a fim de que a prestação do serviço em saúde à população seja garantida com qualidade (MERHY, 2007). Cada categoria profissional está sujeita a uma forma específica de organização do trabalho e, como tal, contempla fundamentos iguais ou antagônicos, equilibradores ou não da saúde mental do trabalhador (DEJOURS, 1992).

O processo de trabalho em saúde remete, então, ao que não pode ser facilmente visualizado e conformado por pequenas ações modificadoras dos trabalhadores da saúde. Os serviços de saúde, assim, transpõem a ação dos trabalhadores da saúde e passam a reproduzir toda a dinâmica do trabalho humano, transformando o trabalhador no próprio instrumento de trabalho no consumo de serviços de saúde (PEDUZZI, 1998).

As necessidades humanas de saúde constituem a matéria a ser moldada nos serviços de saúde. Assim, o trabalhador de saúde molda o objeto de sua ação, mas o resultado de sua transformação somente pode ser visualizado pelo reflexo em outro (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Assim, para Ayres (2015), o modelo tecnológico no qual opera a saúde é assim coletivo e repleto de trabalhadores com conhecimentos técnicos, existenciais e psíquicos que se complementam e geram tensões intersubjetivas na produção de saúde que evidenciam forte potencial de crescimento e de aprimoramento dos diferentes processos de trabalho. O atendimento do usuário transpassa e une forças potenciais, convencionalmente desenvolvidas e alinhadas ao longo do processo de trabalho em saúde, evidenciando-se assim o percurso efetuado entre as relações construídas e permeadas de ricos conhecimentos dos profissionais envolvidos.

Considerando o adoecimento como um processo coletivo, Paim (2017), analisando a obra de Mendes-Gonçalves (1992), destaca que com a experiência prévia em epidemias e com o desenvolvimento de modelos matemáticos e estatísticos para a previsão da ocorrência de doenças e suas associações com o homem e com o meio ambiente, pode-se contribuir para geração de um modelo tecnológico do trabalho em saúde. Podemos esperar que para a produção da saúde deve-se reconhecer diversas faces das doenças, sendo estas consideradas um fenômeno coletivo, natural ou social, fazendo que o trabalho em saúde precise exigir desde mudanças pontuais até mudanças em toda uma sociedade.

As relações históricas que se estabelecem para execução do produzir saúde são variáveis e dependendo do momento em questão, como o da pandemia da COVID-19, e que imbuíram a dinâmica mundial de forma parecida em se falando do processo de trabalho.

O conjunto da organização técnica empregada nos processos de trabalho no auge pandêmico foram muito importantes, principalmente quando falamos em produtividade, mas subordinou-se, enquanto instrumento de trabalho, à práxis, as determinações essenciais intermediando a ação dos trabalhadores da saúde sobre o produzir saúde, utilizando os conhecimentos técnicos e instrumentos disponíveis na APS para atuar sobre a saúde dos usuários que adentravam a APS e em seguida eram capilarizados pela rede.

Na presente pesquisa enfoca-se a análise do processo de trabalho em saúde na perspectiva dos gestores no contexto da COVID-19. Assim, é importante sinalizar que ao longo da história, a gestão em saúde passou a utilizar conceitos da Administração adaptada às exigências sanitárias necessárias ao bem-estar das coletividades, assim como o combate às epidemias que assolavam às populações (CAMPOS; CAMPOS, 2008).

Com as novas exigências governamentais e, principalmente com a Reforma Sanitária em nosso país, uma nova formatação de gestão em saúde fez-se necessária, a partir da formação de gestores voltados a novos modelos de atenção à saúde que atendam às demandas da população. As mudanças na gestão dos processos de trabalho em saúde e a elaboração de práticas que socializam e, assim, misturam o individual e o coletivo, o social, o econômico e o político, divergem em embate e interesses nem sempre próximos e a necessidade contínua de articulação e de negociação. Assim, a gestão em saúde se configura como terreno de conflitos e interesses diversos: técnico-científico que promovam o sucesso dos objetivos econômicos e sociais do trabalho, buscando a construção de matéria de gestão, com a finalidade de desenvolver políticas de produção de riquezas em um "viver em comum" e na promoção ou abandono da noção de "bem comum" (CAMPOS; CAMPOS, 2008).

Na lógica taylorista-fordista em que o trabalho em saúde está inserido, também, o adoecimento com causas laborativas estão sempre presentes, considerando-se a submissão às quais os trabalhadores estão expostos (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Neste sentido, não podemos deixar de ressaltar o papel da gestão em saúde como norteadora dos diferentes processos de trabalho em saúde e, assim, promover adaptações nos sistemas para enfrentamentos de novos desafios (CAMPOS; CAMPOS, 2008).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, de natureza descritiva-exploratória. A pesquisa qualitativa é adequada à investigação de fenômenos sociais que contemplam as relações entre os sujeitos, isto é, a subjetividade e a intersubjetividade (DEMO, 1985; MINAYO, 1992). Já a natureza descritiva da pesquisa impõe ao investigador uma série de informações sobre o que almeja pesquisar, desta maneira, busca descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

4.2 Local do Estudo

A pesquisa de campo foi realizada nos 25 serviços da APS pertencentes a uma Supervisão Técnica de Saúde (STS), localizada na cidade de São Paulo.

O critério de escolha dessa supervisão baseou-se no elevado número de casos confirmados e óbitos pela COVID-19 em boletins epidemiológicos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde desde abril de 2020, sendo a STS escolhida, a esfera com maior número de notificações no início da pandemia (CIDADE DE SÃO PAULO, 2022a).

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 STS (CIDADE DE SÃO PAULO, 2022a). Sob a responsabilidade da coordenação da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste (CRS-Sudeste) há cinco STS que são STS Ipiranga, STS Mooca/Aricanduva, STS Penha, STS Vila Mariana/Jabaquara e STS Vila Prudente/Sapopemba (CIDADE DE SÃO PAULO, 2022b).

A STS do presente estudo tem aproximadamente 538.402 mil habitantes e é composta por três Distritos Administrativos (DA). Esta STS conta com 43 serviços de saúde, desses 25 compõem a APS do território, sendo 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quatro Assistência Médica Ambulatorial (AMA) /UBS integrada (CIDADE DE SÃO PAULO, 2022b).

No município, 23 áreas geográficas estão sob contrato de gestão de OSS, uma das quais é responsável pela gestão das unidades da APS incluídas no presente estudo.

4.3 Participantes do Estudo

A população do estudo envolveu 11 gestores de APS. Foram incluídos como participantes da pesquisa os gestores da APS do território da STS que atenderam os seguintes critérios de inclusão: estavam na função de gestor há, pelo menos, um ano no serviço de saúde; participaram da organização do processo de trabalho do serviço de saúde no contexto da pandemia da COVID-19; e consentiram, voluntariamente, em participar da coleta dos dados.

4.4 Procedimentos para Coleta e Análise de Dados

O convite aos participantes foi realizado por meio de ligação telefônica para a unidade de saúde para conversa com o gestor e o envio de convite nominal ao endereço eletrônico do aceite do convite. A coleta de dados foi realizada com entrevistas semiestruturadas até a saturação de dados, que, de acordo com Glaser e Strauss (1967), trata-se da ocasião na coleta de dados, que se observa que novas informações sobre objeto estudado não serão mais elucidativas (MINAYO, 2017).

As entrevistas ocorreram no período de agosto a setembro de 2021, virtualmente por meio da ferramenta Google Meet e foram realizadas pela mestrandia pesquisadora, posteriormente ao consentimento manifestado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A entrevista teve como base um roteiro-guia (APÊNDICE B), que foi composto por questões fechadas de identificação dos entrevistados e questões abertas sobre o trabalho executado pelos gestores da APS no contexto da pandemia da COVID-19.

Todas as entrevistas foram gravadas digitalmente pela própria pesquisadora e tiveram duração total de cinco horas e 43 minutos, transcritas na íntegra com tempo de duração médio de 30 minutos.

Os dados gravados e transcritos foram arquivados em computador individual da pesquisadora protegido por senha por um período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa.

Para a análise dos dados obtidos na entrevista semiestruturada foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática, que se iniciou com a leitura flutuante de todas as entrevistas. A seguir foi realizada a análise individual de cada relato buscando identificar núcleos de sentido nos depoimentos relacionados aos objetivos do estudo. Com base nessa etapa, foram definidas as categorias de análise que expressaram os principais significados atribuídos pelos

entrevistados em relação aos aspectos definidos nos objetivos (MINAYO, 1992; BARDIN, 1977).

Os dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas foram transcritos por terceiro e submetidos à análise do conteúdo categorial temática de Bardin (1977) por meio do processo de organização, codificação, categorização, inferência e informatização das análises. Com este método tornou-se possível classificar componentes do sentido da mensagem de acordo com os locais.

A análise de conteúdo também pode ser entendida como uma análise de significados e está ligada a uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação. Desta forma, envolveu uma leitura cautelosa e pormenorizada a partir das condições oferecidas e teve o intuito de descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores. A técnica propiciou o entendimento, a utilização e a aplicação de um determinado conteúdo (BARDIN, 1977).

Segundo o referencial supracitado, a autora apresenta os critérios de organização de uma análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 1977).

4.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado na Comissão Científica do Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde da Escola Técnica do SUS – São Paulo, Regional Sudeste e, posteriormente, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP-SMSSP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal com parecer n. 4.743.539 à luz da Portaria 510/16. Antes de iniciar a coleta de dados foi solicitada autorização à supervisora técnica da STS para realização do estudo.

Todos os participantes da pesquisa foram orientados sobre o estudo e tiveram suas dúvidas esclarecidas. Foram, também, 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 através do formulário *Google Forms*, em seus *e-mails* pessoais. Após a compreensão do objetivo e método da pesquisa foi solicitada a devolutiva do aceite, em formulário.

Como a coleta de dados foi realizada e gravada virtualmente na ferramenta *Google Meet*, todos os participantes foram consultados e mediante consentimento, através de Formulário *Google Forms*, em seus *e-mails* pessoais, e procederam ao aceite através de devolutiva do

aceite, em formulário para uso de imagem e voz (APÊNDICE C). 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.

5 RESULTADOS

Os dados foram apresentados em temas e subtemas (Quadro 1) que indicam as ações realizadas no processo de trabalho sob a perspectiva dos gestores entrevistados, as potencialidades e limitações dos serviços da APS no contexto da pandemia da COVID-19.

Quadro 1 - Temas e subtemas que indicam as ações e percepções dos gestores e as potencialidades e limitações dos serviços da APS no contexto da pandemia da COVID-19. São Carlos, SP, Brasil, 2022.

Tema	Subtemas
1. Ações dos gestores da APS no contexto da pandemia da COVID-19.	1.1 Reorganização do processo de trabalho
	1.2 Novas estratégias desenvolvidas para otimizar o processo de trabalho
	1.3 Gestão diária para novos processos de trabalho
2. Percepções dos gestores da APS no contexto da pandemia da COVID-19.	2.1 Limitações
	2.2 Potencialidades

Fonte: autoria própria, 2022.

Participaram da pesquisa 11 gestores da APS do território da STS, sendo dois do sexo masculino e nove do sexo feminino, com idades que variaram de 31 a 52 anos, com média de 35 anos, entre os quais, sete são enfermeiros, um fonoaudiólogo, um psicólogo, um administrador hospitalar e um odontólogo. Todos possuem especialização e o tempo de trabalho na APS varia de 1 a 12 anos, com média de 6 anos, como demonstrado no Quadro 2. Em relação ao vínculo de trabalho, os 11 estavam, no momento da pesquisa, vinculados a uma única OSS que presta serviço à Prefeitura Municipal de São Paulo.

Quadro 2 - Perfil profissional dos gestores da APS participantes do estudo (N=11). São Carlos, SP, Brasil, 2022.

ID	Categoria	Idade	Sexo	Escolaridade	Ano de conclusão graduação / educação profissional	Tempo de trabalho no serviço estudado (anos)	Afastamento 2020
G 1	Enfermagem	50	F	Mestrado	2010	8	Não

G 2	Fonoaudiologia	31	F	Especialização em gestão de serviços de saúde	2019	1,5	Não
G 3	Enfermagem	36	F	Especialização em saúde da família MBA em gestão em saúde (previsão de término)	2023	3	Não
G 4	Enfermagem	49	F	Especialização em saúde da família	2013	4	Não
G 5	Enfermagem	39	F	Especialização em gerenciamento de serviços de saúde	2011	11	Não
G 6	Psicologia	37	M	Especialização em saúde da família MBA em gestão de pessoas	2018	8	Não
G 7	Enfermagem	40	F	Especialização em saúde pública Gestão de Serviços de Saúde e Gerontologia	2010	6	Não
G 8	Administração Hospitalar	45	F	MBA Executivo em saúde	2016	3	Não
G 9	Odontologia	42	M	Especialização em saúde da família Saúde Coletiva MBA em Serviços de Saúde	2020	12	Não
G 10	Enfermagem	52	F	Especialização em saúde da família	1996	3	Não

G 11	Enfermagem	45	F	Especialização em saúde da família	2005	6	Não
------	------------	----	---	------------------------------------	------	---	-----

Fonte: Arquivo da pesquisadora, 2022.

TEMA 1: AÇÕES DOS GESTORES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19.

SUBTEMA 1.1: REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

No contexto da pandemia da COVID-19 marcada por medos e incertezas, visando garantir a continuidade do atendimento de modo seguro e com qualidade, os gestores das unidades da APS buscaram organizar seus processos de trabalho a partir da criação de fluxos e novas rotinas, busca de novas estratégias de comunicação devido às restrições relacionadas a aglomerações, no intuito de dar respostas às diferentes demandas que surgiram.

Porque começou a ter os acúmulos, principalmente a Atenção Básica não deixou de assistir a sua população, porque a referência dos pacientes é uma Unidade Básica de Saúde. Então, as receitas continuam tendo as suas renovações, o atendimento da livre continuação, tendo, as visitas, os programas continuaram acontecendo, não dá forma que deveria, mas continuam...(G7).

Acho que foi no início de junho de 2020, então assim eu fiz várias reuniõezinhas com cinco pessoas, com quatro pessoas, com seis, porque não podia aglomerar e aí a gente fez um diagnóstico da unidade e o que mais foi apontado foi a questão de: a gente precisava reorganizar os processos, os fluxos, as rotinas de trabalho; outro: a questão da comunicação (G10).

Então as ações basicamente foram de reestruturação e de estruturação também dos processos de trabalho, de coordenação desses processos junto a equipe, de coordenação e organização do cuidar do paciente, dos processos regulatórios para não deixar com que os pacientes que precisem de tratamentos especializados tenham prejuízo e não tenham acesso a esses serviços e, assim, as outras doenças se intensificarem ou ficarem ali meio que guardadinha, latente, para que daqui a pouco vir aflorar e aparecer (G10).

... outra questão é de também garantir a assistência à (pacientes) que mais necessitam de um acompanhamento. Então, criar fluxo, criar algumas rotinas, que a gente consiga garantir essa assistência (G11).

Na opinião de alguns gestores, o município deveria responder reorganizando suas redes de atenção com base no conhecimento de território de seus gerentes da APS a fim de permitir respostas às demandas imediatas frente a esse novo contexto e não prejudicar a longitudinalidade do cuidado.

Além dessa parte administrativa, essa cobrança de filômetro [plataforma que apresenta a situação de espera em todos os postos do Município], planilhas e como

estão os idosos, segunda dose, busca ativa, que domina boa parte do tempo, a gente não pode deixar de lado as outras necessidades da unidade, as outras prioridades, as agendas que a gente está retomando agora. Então, assim, eu me polio muito para não perder o olhar do todo, o que é que está acontecendo dentro da unidade no geral. Porque, às vezes, a gente foca só na vacinação e esquece que eu tenho farmácia, odonto, acolhimento, outros setores que também demandam, precisam da nossa presença, do nosso olhar (G3).

Os depoimentos sugerem que em alguns locais, o processo de reorganização aconteceu muito por conta da experiência de cada gestor, sem um planejamento estratégico:

*Agora a gente não tem como parar nem para o planejamento e sequer para avaliações, porque a gente só está vacinando, vacinando e testando, testando, desenvolvendo ações para informar isso para os nossos órgãos superiores, como essas ações estão sendo desenvolvidas (G1), e em outros, embasadas em notas técnicas: As ações e as atribuições. Então, como eu te disse, basicamente de coordenar a equipe, de reestruturar os processos de trabalho diante de constantes mudanças, porque foram muitas as portarias que vem e vai a todo instante e aí a gente tem como atribuição de atualizar a equipe que está aqui, diante de todo esse processo, **de reorganização a todo instante, porque você constrói um planejamento junto com eles, mas a todo instante você tem que estar revendo esse planejamento, refazendo esse planejamento(G10).** (grifo nosso).*

Os gestores comentaram sobre a importância da comunicação constante na tarefa desafiadora de coordenar as ações dos serviços em um contexto marcado por constantes mudanças impostas ao trabalho da APS.

Eu acho que... não tem receita, viu? Eu acho que não tem uma receita, não tem, é dia a dia. Eu acho que a gente está sobrevivendo e fazendo com que a equipe consiga trabalhar se organizando a cada dia. Eu acho que não tem... Eu acho que é organização diária, entender que o momento vai passar e fortalecer a equipe, eu acho que é o principal (G1).

Manter a equipe alinhada, repassar todas as mudanças, os protocolos, porque segue as mudanças, hoje a gente vai atender dessa forma, com esse protocolo, no mesmo dia, às vezes no final da tarde, não, a partir de agora Então manter a comunicação, então estar alertando, estar repassando para a equipe como mudanças, fazendo uma organização de agenda, de escala de tarifa para a gente poder atender essa população de uma maneira segura e seguir os protocolos, que teve bastante mudança de protocolo, então a gente tem que estar bem atendo e tomando ciência dos envolvidos para a seguir o que é correto (G7).

...Então, coordenar esse processo ele... nesse processo da pandemia, ele foi desafiador e principalmente por conta de quê? As mudanças são muito constantes, são muito rápidas (G10).

SUBTEMA 2: NOVAS ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PARA OTIMIZAR O PROCESSO DE TRABALHO

Diante das adversidades, novas estratégias foram desenvolvidas, pela gestão, para otimizar o processo de trabalho. Formatação de novos fluxos de atendimento de sintomáticos dentro da Unidade; atendimento de trabalhadores sintomáticos e facilitação da capilarização do usuário na rede foram adotadas.

Conseguimos trabalhar com as ações em saúde em conjunto com esta rede dentro do complexo, então, desde ações de promoção, de atendimento do sintomático respiratório, de orientação dos fluxos. Então em conjunto com os outros gestores eu montei todos os fluxos, colaborei para montar os fluxos de atendimento dessa população sintomática respiratória, como que a gente ia fazer esse atendimento, e o fluxo de atendimento dos colaboradores, como que isso se daria a partir do momento que o colaborador fosse sintomático respiratório. E como que esse usuário ia caminhar dentro dessa rede desde o CAPS [Centro de Apoio Psicossocial], Ambulatório de Especialidades (G5).

o paciente é acamado, por exemplo. Um paciente acamado, restrito ao lar, as discussões das ações assistenciais eram discutidas em reunião de equipe e depois o ACS [agente comunitário de saúde] ia lá e reportava o que precisava à família. Agora a gente está fazendo isso com o paciente bem de saúde, para manter ele em casa, ele só é um crônico, mas a gente quer que ele fique em casa (G1).

A partir das diferentes fontes de informação e lacunas de informações técnicas, os gestores fortaleceram a reestruturação, a sensibilização e formação de profissionais e usuários do sistema.

Como a gente não tinha processos, rotinas bem estruturadas, então existiam várias comunicações diferentes dentro da unidade, cada um tinha uma informação diferente, uma orientação diferente, isso dificultava muito, causava muito problema com o paciente. E aí nós elencamos algumas ações que a gente considerava como ações estratégias para reorganizar a unidade, que é refazer os fluxos, reorganizar os fluxos e as rotinas, construir, seria capacitar todos os profissionais para ter uma coisa padronizada e, assim, fazer com que todos entendam a organização do serviço, a rede, como funciona, para que a gente pudesse também, ao mesmo tempo, sensibilizar e, de certa forma, meio que "educar" os pacientes (G10).

Olha, eu acredito que o que facilitou, que ainda a gente tem alguns exemplos, é que teve reuniões, então algumas mudanças que tiveram, que nem dos escolares, que eu acho que até [nome do profissional] também deve de ter acompanhado protocolos. A gente teve reuniões que resumiram para a gente o conteúdo, então eu não precisei, entre tantas coisas, de ter que fazer aquela leitura aprofundada, a [nome do profissional] mesmo, aí da UVIS [Unidade de Vigilância em Saúde], fez, orientou, resumiu todo aquele caderno, fez aquela ponte entre, escola, saúde. Então facilitou muito esse apoio, então os especialistas em determinados assuntos passaram para a gente o que realmente era importante e alinharam o processo de trabalho, deixando a gente seguro. Porque se não tivesse sido feito isso, alguns questionamentos da escola deixariam a gente inseguro e com esse apoio a gente teve segurança para estar mantendo. Então isso facilitou bastante, o resumo e o destaque do que é importante em determinadas ações (G7).

Assumindo a frente das unidades, preocupados com trabalhadores e usuários, os gestores definiram novos fluxos e rotinas, buscando sempre a manutenção da qualidade no processo de atenção.

Eu acho que é um pouquinho do que eu falei, então, essa questão de assegurar de os profissionais estarem seguros, se fazendo tudo dentro do protocolo, do que é exigido, e a outra questão é de também garantir a assistência à (pacientes) que mais necessitam de um acompanhamento. Então, criar fluxo, criar algumas rotinas, que a gente consiga garantir essa assistência (G11).

Ao assumirem como primordial o acesso dos usuários da APS no território, os gestores mantiveram o controle da estruturação das agendas, que ficaram reduzidas, e esta estratégia de sucesso no processo de reorganização das atividades e respeito aos protocolos de biossegurança evitou a desassistência no momento pandêmico.

Criar estratégias novas para o trabalho, uma vez que a gente tem que evitar a aglomeração, mas nem por isso a gente pode parar o atendimento, a gente tem que seguir com todos os ciclos de vida, de atendimento. Então a gente foi implantar esse novo sistema de trabalhar com estratégias de agenda, um por cada área naquele momento, para não ter essa aglomeração dentro da unidade (G4).

Nós tivemos um cuidado aqui na UBS [nome da unidade] de nunca ficar sem as agendas, as agendas estruturadas no SIGA [Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde]. Por quê? Porque a gente entende que essas agendas elas organizam de alguma forma esse cuidado. Então, assim, se eu não tenho uma agenda para disponibilizar para aquele paciente que precisa vir aqui fazer os exames dele de controle, então, assim, esse paciente vai cair no acolhimento e o cuidado dele vai ficar prejudicado. E aí, assim, você não vai ter uma organização desse cuidado para você fazer um gerencialmente melhor desse cuidado dele de maneira longitudinal (G10).

Então eu acho que as estratégias que mais, digamos assim, que impactaram positivamente na unidade para o cuidado do paciente foi o fato de a gente estar sempre com agenda estruturada para arrumar, para organizar esse atendimento. A gente ter, de certa forma, melhorado a escuta do paciente, a escuta qualificada no acolhimento (G10).

A gente desenhou alguns fluxos em relação ao atendimento, porque a gente teve um período que a gente ficou sem as agendas, mas a gente nunca conseguiu zerar. A gente deu uma reforçada em relação ao acolhimento. Então esses pacientes que chegavam eles passavam a ter mais um atendimento e os médicos mais voltados a essa porta pelo acolhimento. Então todo esse período da pandemia, mesmo que não tinham as agendas, a gente sempre orientava os pacientes a procurar via acolhimento, passavam pela enfermeira, a enfermeira avaliava. Então, assim, como a gente não ia conseguir dar assistência da forma justamente pela questão de não poder aglomerar, de não poder ter muitas pessoas, a gente sempre deixou como porta principal o acolhimento. Então, assim, era constantemente uma escala de acolhimento para ter esse atendimento desse paciente para que ele pudesse entrar para a consulta (G8).

Mesmo nos momentos mais críticos da pandemia, os gestores buscaram, ainda que com muitos processos recém-estabelecidos, a continuidade dos trabalhos característicos da APS como assistência em domicílio e matriciamento.

Então dá para desenvolver, discutir as ações também, é um paciente hipertenso, um paciente diabético que não está vindo ao grupo, a gente não quer que ele aglomere, então a gente também está desenvolvendo ações assistenciais dentro da unidade, e discussões, e devolvendo para esse paciente na residência, para manter ele em casa o mais breve possível, uma vez que a gente reduziu ACS [agente comunitário de saúde] em agenda (G1).

A gente manteve até os matriciamentos, as reuniões de rede com a saúde mental também, então manteve essa articulação com a rede, até com o Conselho Gestor também, que eu considero que é uma rede fundamental. Então a comunicação manteve [nome da unidade], eu mantive essas reuniões presenciais, porque a gente tinha espaços para manter o distanciamento (G7).

E eu considero que foi um destaque a articulação aqui do território [nome do território] com o CEU [Centro Educacional Integrado]. Então o CEU mandou alguns casos que estavam parados por conta até da pandemia do ano passado, algumas crianças que não evoluíram. Então eles mandaram alguns casos, a gente fez o levantamento, estamos em reunião tanto com a equipe multi quanto com a escola, quanto com a gestão, para esse cuidado continuado dessas crianças, porque eles ficaram esses dois anos em casa, então agravou mais a situação deles (G7).

Bom, eu acho que esse papel de coordenação do cuidado na pandemia ele tem sido muito importante para a efetivação, de fato, desse cuidado. E o grande desafio, digamos assim, articular os serviços, que é uma estratégia que não pode deixar de ser utilizada, articulação com a rede, com o CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social], com o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], com o Conselho Tutelar, com o CAPS [Centro de Apoio Psicossocial]. Porque essas demandas elas são muitas e a gente sozinha não consegue efetivar esse cuidado do paciente (G10).

SUBTEMA 3: GESTÃO DIÁRIA PARA NOVOS PROCESSOS DE TRABALHO

De acordo com a visão dos gestores, a reformulação dos novos processos de trabalho para elaborar estratégias, utilizando-se de seus conhecimentos na APS, contribuiu para a reorganização da agenda dos profissionais para atendimento assistencial, devido à escassez de trabalhadores. Certamente foi um dos grandes desafios a serem ultrapassados.

Para mim, um dos desafios eu acredito que é o RH [Recurso Humanos], eu acho que a gente teve e ainda tem uma diminuição de RH por conta de afastamento, hoje não mais assintomático, mas eu acredito de sintomas relacionados a tudo que a gente está passando. Então o funcionário afastar por dor na coluna, dor de cabeça, morre algum parente próximo, o cansaço mesmo, que a gente trabalhou de segunda a sábado, alguns profissionais até 12 horas. Então trabalhar com o RH diminuído com tantas demandas, que você vê, tem que ter uma equipe para vacina de Covid, uma equipe de Influenza. Eu tenho que manter todas as outras organizações das unidades e muitas vezes... eu que trabalho em unidade grande, o RH diminuído por conta de atestado, falta, que às vezes tem profissional também que falta porque está dando apoio em outro local (G7).

Então essa questão de direcionamento, de RH, eu acho que é um grande desafio, além da saúde do trabalhador. Então a gente percebe alguns profissionais adoecidos, os profissionais cansados, sobrecarregados (G2).

O processo de adoecimento, decerto, foi uma barreira sempre a ser ultrapassada pelos gestores, segundo relatos, principalmente frente a uma condição precária e insalubre. A sobrecarga de trabalho influenciou deveras nas dificuldades da reorganização de agendas dos profissionais.

Então quando falam para você: "Olha, você vai ter que reorganizar a agenda de um profissional", você não imagina que a agenda dele está até o final do ano e que ele está cobrindo duas portas aqui dentro. É um médico atendendo um sintomático, outro médico atendendo nas outras queixas, o médico que agenda, o médico que tem que ir para a residência, o médico que tem que estar fazendo teleconsulta. Então dá a impressão de que a gente tem que multiplicar os profissionais para conseguir atender a demanda. Então aumentou o número de ouvidorias e sai sempre para a gente responder (G1).

Nos excertos abaixo, a gestão dos trabalhadores, como não poderia deixar de ser, foi apontada como alicerce para a humanização e apoio às suas necessidades. Os gestores apoiaram-se na escuta qualificada e empatia para com sua equipe no intuito de minimizar danos e garantir o bom andamento da assistência prestada.

Tem que ouvir, tem que trabalhar com a doença também nos colaboradores, porque eles também adoecem (G1).

A gente percebe um certo adoecimento de alguns profissionais. Aqui na unidade a gente teve a perda de uma funcionária por Covid, e o quanto eu acho que o gerente tem esse papel de apoiar a equipe, de ir dando esse suporte para que os processos eles não parassem também. Então eu acho que ela vai de encontro com a primeira pergunta da resposta que eu trouxe mesmo (G2).

Então eu tenho a minha organização em forma de planilhas aqui dentro, aqui na sala, no computador, então eu tendo de alimentar sempre esses dados diários como quantos funcionários eu tenho na unidade, qual setor hoje está mais deficiente, como eu posso contribuir para que os funcionários estejam se sentindo confortáveis no trabalho (G3).

Mas, uma outra coisa também, enquanto gestora, é a sensação de medo de todos os profissionais. Também, você tinha que dar um jeito de fazer a equipe estar segura, fazer tudo dentro do protocolo, para sentir essa segurança, de serem acolhidos, de eles conseguirem verbalizar, de a gente no final do dia, meio que se abraçar e falar: "vamos, que estamos indo no caminho certo." De encorajar um ao outro, porque no início parecia que, quando eu saí de casa, no primeiro dia de lockdown, eu mesma, eu tive a sensação de que eu estava indo para guerra, porque eu olhava assim, na [nome da rodovia], tinha o que? Eu e mais uns três carros. Uma coisa bem marcante, bem no início da pandemia. Mas, depois esse medo foi se perdendo, acho que um encorajando o outro, um profissional encorajando o outro, e aí, a gente foi tocando (G11).

Eu interajo sim com a rede com o apoio da equipe multi aqui dentro da unidade, porque hoje a gente tem que cuidar do paciente, mas, hoje, o cuidado principal tem que ser do trabalhador. É o meu ponto de vista, porque o trabalhador está esgotado. Então, a minha porta aberta 100% do tempo. Nosso encontro está marcado, aí eu já cheguei na unidade avisando "Nove horas eu vou me fechar na minha sala, mas, qualquer coisa, se for urgente, bate na porta ou liga no telefone fixo da sala". Já saí avisando o pessoal,

porque eu gosto disso, é a minha porta aberta o tempo todo para qualquer categoria. As meninas da limpeza vêm aqui conversar comigo, vem o vigilante aqui conversar comigo, porque nós somos a equipe, estamos no mesmo barco. Então eu acho que isso é muito bom, o funcionário se sentir próximo, saber que eu vou estar ali, não eu, a figura do gestor, vai estar ali para ele quando ele precisar, independente da situação (G3).

Importante destacar as falas abaixo porque os gestores mencionam que fizeram parte da gestão o processo de motivação, o apoio à equipe, o estabelecimento de parceria e garantia do engajamento dos trabalhadores, sem os quais ultrapassar os desafios impostos pela COVID-19 seria impossível.

Principais atribuições é dar suporte a equipe para que ela consiga desenvolver as ações, fortalecer o trabalho, de que esse momento é um momento passageiro, para que eles não fiquem desmotivados (G1).

Logo no início da pandemia, março de 2020, houve aquele susto, que foi aterrorizante, a gente pôde assistir e houve momentos que eu ficava assim: "Caramba. É como se eu fosse o chefe do navio e eu não posso pular. Eu estou na linha de frente e se o vírus me pegar eu posso morrer, mas eu tenho que estar, porque o soldado não pode fugir a guerra". Então, assim, foi bem assustador e a gente viu que tinha agente comunitário de saúde que não queria ir para a rua, e alguns profissionais também que não queriam ir e a gente tinha que fazer aquelas rodas de conversa assim meio que fracionada, porque não podia juntar muita gente. E aí a gente tinha que dar esse apoio emocional e dizer: "Vamos lá. Eu estou aqui. A gente vai trabalhar com todos os cuidados (G10).

Neste momento o maior desafio é manter o engajamento da equipe. A equipe sabe o fluxo, sabe o processo, sabe o que precisa ser feito, mas como ... Porque, assim, eu entendo que uma motivação é diferente de engajamento. Eu posso, hoje, fazer uma dinâmica com a equipe, motivar a equipe, então, assim, não significa que uma motivação da segunda reverbera até sexta-feira, não é? Mas como continuar engajando a equipe, fazer com que aquele colaborador ele consiga dar o melhor dele, que ele se torne um colaborador de alta performance. Então esse é o maior desafio, além do equilíbrio emocional do gestor, é o engajamento das equipes (G5).

TEMA 2: PERCEPÇÕES DOS GESTORES DA APS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

SUBTEMA 1: LIMITAÇÕES DO SERVIÇOS

Segundo os próprios gestores, o aumento da demanda na APS, no enfrentamento da COVID-19, levou à perda da qualidade do processo assistencial, com prejuízos relacionados ao trabalho da ESF, ao estabelecimento de linhas de cuidado e disponibilidade de vagas para o atendimento, com consequências no acesso aos usuários.

Olha, ela afetou diretamente o funcionamento da unidade como um todo, não foi só no meu trabalho, o meu trabalho de gerenciar ele continua sendo um trabalho de gerenciar um serviço de saúde, porém com uma diferença do que a gente perdeu mesmo

algumas características da Estratégia e Saúde da Família, do cuidado, das linhas de cuidado. Eu acho que isso a gente acabou, inevitavelmente, perdendo (G6).

...Redução de acesso ao segmento assistencial do usuário (G1).

Anteriormente a pandemia os médicos eles trabalhavam, tinha o médico no acolhimento e os outros médicos em consultas programáticas. E hoje, por conta da pandemia, eu preciso ter um médico no acolhimento e um médico só para o sintomático respiratório. Então conseqüentemente a nossa quantidade de vagas ela diminui, nas questões de segurança, não posente [incompreensível] consegue perceber que a redução de vagas ela tem um impacto no processo de trabalho como um todo para a população e até mesmo para o próprio serviço de saúde (G2).

Esta percepção dos prejuízos na qualidade dos serviços fundamentou-se na dificuldade de planejamento do atendimento da alta demanda, somada aos poucos recursos físicos e humanos escassos, segundo apontaram. Tal contexto repercutiu em insatisfação tanto dos usuários, quanto dos trabalhadores da APS, assim como no esgotamento físico e mental dos profissionais.

...o segundo e terceiro foi lidar com uma pandemia, as pessoas chegam aqui enfermos, como as pessoas precisarem de assistência e muitas vezes a gente não atender no tempo que elas gostariam porque o volume era muito alto (G6).

Então se eu tenho que abrir uma segunda porta de acolhimento, se eu tenho que abrir uma segunda, terceira sala de vacina, pensando que agora eu estou com a segunda dose de idosos ao mesmo tempo que eu estou com a primeira dose da população mais jovem, e eu não posso misturar esse público porque o idoso ele precisa ter uma preferência. Mas, no momento, a população que está sendo vacinada é a população de 30 anos e mais, mas eu estou com a segunda dose de idoso, por exemplo, de 60, 70 anos. Então a gente perdeu em qualidade de atendimento. Fora isso, o planejamento de ações praticamente ficou nulo. Você planeja uma ação semestral, praticamente você não consegue concluir nada, porque nós fazíamos antigamente um planejamento anual e fazíamos avaliação desse planejamento semestral (G1).

Então eu acho que tem que tentar usar também os recursos com mais inteligência. Uma das coisas que dificulta muito para a gente é a falta de material, de insumo, de medicação, seja o que for, a falta sempre é um problema, porque da falta você acaba vendo uma escadinha de problemas, aí a falta gera um controle diferenciado, aí gera uma reclamação, que aí gera uma falta de assistência, que aí gera uma insatisfação, uma irritabilidade tanto do usuário quanto do funcionário, porque os dois lados acabam se estressando com essa falta. Isso, para o gestor, é horrível. Faltar qualquer tipo de insumo, medicação, material essencial é um problema, é um problemão (G6).

Refletindo também sobre a finitude mesmo da vida, a questão do luto, porque muitos funcionários também perderam parentes, inclusive eu perdi um cunhado de 47 anos para a Covid-19. Então isso tudo impacta de alguma forma no nosso comportamento, na nossa maneira de fazer as coisas. E ao mesmo tempo a gente sente impotência. Houve momentos, assim, de ter cansaço mental, fadiga. Então tudo isso impactou de alguma forma (G10).

Ainda existem apontamentos de que no início da pandemia a percepção de que as coisas resolver-se-iam mais facilmente esteve presente. No entanto, a realidade imposta trouxe

à luz as dificuldades reais que teriam que ser enfrentadas. E não obstante o quão maiores foram as barreiras a serem ultrapassadas, muitas vezes, sem o devido apoio institucional.

Então, a gente criou inicialmente, eu criei uma expectativa inicialmente de que as coisas fluiriam com mais facilidade, com mais clareza, mas não. Então, assim, eu parei de criar expectativa. Eu tenho o meu trabalho, eu tenho os meus levantamentos, as minhas prioridades, mas eu tenho que estar disponível para a demanda aguda, e aí eu acho que essa vai ser a nova realidade. A gente tem que se organizar para dar conta da parte administrativa, para dar conta do que realmente eu tenho que prestar contas, mas eu tenho que estar disponível para o meu funcionário, para o paciente e tudo mais, porque é uma caixinha de surpresa (G3).

É complicado você exigir que os profissionais também consigam fazer o que faziam antes dentro de um cenário pandêmico, até porque a atenção ficou voltada para a pandemia, para o atendimento respiratório, e fora isso lidar com todas as questões que abordam como juntas, o medo, o pânico, o afastamento de funcionários, medo e pânico da população. Então o gestor ele ficou no meio disso tudo aí e teve que se reinventar, mas continuando sendo gestor, continuando a administrar a crise, administrar um serviço (G7).

De certa maneira, frente às situações de adoecimento e adversidades, os gestores se sentiram, muitas vezes, incompreendidos, solitários e com a responsabilidade em apoiar sua equipe, trabalhando sobre pressão e constantes cobranças, sem apoio, ainda que sua própria saúde mental estivesse fragilizada.

É para falar a verdade? Se não tivesse essa rede de apoio entre mim e os gerentes, estava feia a situação. Dá vontade de chorar. Só pressão, só palavras, só cobrança... "Se organiza porque o seu filômetro [plataforma que apresenta a situação de espera em todos os postos do Município] tem que estar no horário", e eu não tive problema com o filômetro. Se [designação de profissional] olhar o histórico do filômetro inteiro, a UBS [nome da unidade] ele foi pontuado porque não lançou "não funcionando" no final, colocou fila média, mas atraso de filômetro não tivemos, a equipe super engajada nisso... "Se vira.", eu falei: "Meu Deus, eu sou um número. Eu sou um bonequinho no jogo". Então eu trato como ser humano o próximo, mas eu não posso exigir que alguém me trate igual, então cada um dá aquilo que tem. Mas doeu, doeu, e acho que foi aquela coisa que foi quando caiu a minha ficha, infelizmente, de que faz seu trabalho, faz direito, porque você está sozinha. É assim. Infelizmente eu, hoje, me sinto com zero apoio (G3).

Então esse processo do luto para mim ele foi o mais desafiador mesmo, que era ter que lidar com o meu, com o meu luto, com a minha (tristezas), com as minhas dificuldades e ter que também ser forte para estar aqui para apoiar a minha equipe dentro do luto delas e trabalhar. Sinceramente, lidar com planilha, com logística de insumo, de vacina, de (teste), isso é a nossa rotina, a gente sabe trabalhar, a gente sabe fazer. Se você pegar a minha equipe aqui e falar: "Nós vamos fazer isso agora. Vamos lá", a gente está vacinando aí mais de 500 pessoas por dia, nós vamos fazer. O difícil é fazer isso com pessoas tristes, com pessoas doentes, com pessoas adoecidas, esse é o maior desafio, fazer tudo que a gente está fazendo e ainda tendo que lidar com todo esse contexto do luto. Isso realmente é um grande desafio (G6).

Então o profissional que trabalha nessa área do PSF [Programa Saúde da Família] gosta dessa diferenciação, dessa aproximação e que hoje em dia não tem, a gente virou um mini PS [Pronto Socorro], queixa / conduta, queixa / conduta e as outras coisas a gente dando um jeitinho para não deixar uma população desassistida. Então eu acho

que esses dois desafios: a descaracterização do serviço por conta da pandemia, uma motivação do profissional e o RH [Recursos Humanos] (G7).

A necessidade do cumprimento do dever se fez presente muitas vezes e os gestores se apoiaram em sua própria responsabilidade no trabalho e equipe para o enfrentamento da situação hostil que se mostrava naquele momento.

Independente para que lado que ele foi, a gente tinha que estar aqui para administrar o que viesse pela frente. Eu acho que foi ponto crucial aí para gente também conseguir ter tranquilidade e conseguir fazer uma boa gestão, é pensar: "Eu tenho a minha equipe e agora estou num momento de crise e que eu vou ter que gerenciá-la (G6).

Diante do panorama que se apresentava à frente, as condições precárias de trabalho, a imposição do cumprimento de tarefas, muitas consideradas secundárias pelos gestores, trouxeram sentimento de incapacidade, incompreensão, falta de empatia e de apoio. Sentimentos estes que foram colocados de lado para a gestão da equipe não ser prejudicada como verificado nos relatos.

Eu posso estar completamente errado na minha fala, mas eu senti um pouco de falta de talvez entender o que estava acontecendo aqui na ponta [UBS], como que estava aqui a nossa organização e principalmente como estavam as pessoas. Porque a saúde ela é composta, diferente de outras áreas que você tem toda uma organização ali de máquinas, de produtos, enfim, de suprimento de informática que você consegue repor e tal, na saúde ela basicamente é feita por pessoas. Então isso eu acho que ficou devendo um pouco, até porque a gente teve muito afastamento e não teve reposição, no meio de uma pandemia que a gente teve que aumentar e muito o volume de atendimentos, não teve o incremento de profissional para poder ajudar na vacinação. Então eu acho que dessa parte faltou, eu acho que ainda está faltando (G6).

É impensável, na minha cabeça, a Estratégia apenas com médico, enfermeiro, auxiliar e agente de saúde. É impensável, mas é impensável a gente trabalhar com uma enfermeira, com, sei lá, uma unidade com três equipes, eu tenho três enfermeiras e dar conta de tudo, isso é uma coisa... se cobre um santo e descobre outro o tempo inteiro. Porque a gente faz todo um planejamento de trabalho, nós fizemos o nosso planejamento esse ano, inclusive com o Conselho Gestor, sem deixar de lado o controle social. E aí o que é que acontece? Esse planejamento ele, o tempo inteiro, ele sofre interferências externas por conta das demandas que chegam de pessoas da secretaria ou do ministério, não sei, que pensaram isso e mandaram para você executar. Então, assim, não estou dizendo que elas não são importantes, elas são importantes, elas têm que ser feitas, mas a gente precisa repensar a ponta, quem está na ponta, quantos eu tenho na ponta para executar. Então o mundo ideal, pelo menos o meu, seria ampliar essa equipe, continuar com as capacitações dessas equipes, mas ampliando esse número de profissionais (G10).

A pandemia ela trouxe uma rotina aguda, a gente fala que em forma de incêndio que a gente tem que apagar diariamente. Não dá para criar uma rotina, não dá para estabelecer metas a serem atingidas no dia, a gente até faz isso, eu costumo, pego o post-it, vou anotando algumas tarefas que eu preciso realizar, mas existem dias que acabam e eu olho para aquilo e olho e falo: "Meu Deus, eu não fiz nada". E foi apagando incêndio, resolvendo problemas, auxiliando equipe. Porque, hoje, por exemplo, eu estou sem cinco auxiliares de enfermagem (G3).

Olha, uma coisa básica assim que eu acho que pode facilitar muito o nosso trabalho é quem faz algumas regras e coloca algumas tarefas para as nossas equipes fazerem, conhecer um pouco a nossa realidade, conhecer um pouco mais o nosso trabalho assim na ponta, porque tem muitas coisas que pedem para a gente que são bem repetitivas, tem outras que são muito importantes e que pedem uma ou duas vezes e depois não pedem mais. Você trabalhar também só na urgência "É para agora", "É para daqui duas horas", "É para o final da tarde", isso dificulta muito o nosso trabalho e a gente sabe que as vezes são demandas que não são tão importantes assim, que não tem um peso tão grande assim na assistência para a população. Geralmente são dados ou situações em que daria, a gente sabe que daria para esperar um pouco mais (G6).

A própria percepção dos gestores na interferência de autonomia foi destacada, com relatos que evidenciam ausência de apoio do nível central.

Então o nosso processo de trabalho, não que ele tinha que ser melhorado, eu acho que ele não pode ser atrapalhado, porque ele já existe, não tem como a gente pensar numa unidade de saúde, pelo menos igual a minha, complexa, eu acho que eu devo ter em torno aí de uns 130 funcionários, não tem como eu pensar de um dia para o outro, aqui tem que ser planejado, tem que ser tudo dividido, tem que ser tudo organizado antes, senão dá erro. Mesmo assim dá erro, mesmo assim o nosso processo às vezes falha. Então é um processo que ele já é pensado, eu não acho que ele tinha que ser diferente, ele só não pode ser atrapalhado. É isso. (G6).

Agora com a vacinação eu acho que o contexto muda um pouco, eu acho que a gente consegue fazer discussões mais técnicas, mas eu acho que faltou e o que poderia ter ajudado seriam essas discussões mais técnicas de processos, que eu acho que isso... a gente teve muitas reuniões, apoio, mas eu acho que faltou a questão técnica, que eu acho que a gente poderia ter trazido a nossa equipe técnica para algumas discussões e para melhorar a assistência (G5).

Então eu lembro que no dia 13 de fevereiro a gente já tinha um caso que veio da Itália, já na região (...), nós tivemos uma reunião de gerentes e, assim, eu acho que naquele momento... A gente tem tantas potências no território, nas UVIS, na própria organização social, que eu acho que naquele momento a gente poderia ter montado uma comissão e se organizado um pouco melhor para organizar o atendimento nos serviços de saúde. Eu percebi que outros territórios algumas supervisões tiveram esse olhar e conseguiram montar. E aí eu senti que, assim, que os meus colegas ficaram um pouco perdidos mesmo em como, o que é que está acontecendo, como que a gente vai se organizar, desde o uso de EPI, eu senti muita fragilidade por parte dos colegas, assim, "Eu dou EPI para tal categoria", "Eu não dou", "Como que eu vou montar isso?", "Como que a gente vai utilizar o EPI", até o treinamento mesmo de como pôr o EPI, como montar, dividir o acesso na unidade do que é sintomático e do que não é sintomático, como que a gente vai continuar atendendo a linha de cuidado, as gestantes, os portadores de doenças infectocontagiosas (G5).

O mesmo tempo que trabalhar com aqueles pacientes que vinham na unidade, que não acreditava nem que a pandemia existia, e aí a gente ter que conhecer que tinha que ter o distanciamento, que tinha que usar máscara, mas a gente ia continuar ofertando o tratamento para as outras doenças, não íamos fazer a promoção de saúde através de palestras e etc., e de grupo, mas que ao mesmo tempo eles não iriam ficar sem o atendimento, sem a receita da insulina, sem a receita do anti-hipertensivo. Então, assim, nesse momento eu acho que os gerentes, eu como gerente, a gente se sentiu meio que perdida, era como se a gente estivesse num barco à deriva. Estou no meio do mar e olho para um lado e para o outro e só enxergo água. E aí, assim, a gente sentia que tinha essa coisa lá de cima nas instâncias superiores também, meio que esse estar perdido, para onde nós vamos caminhar, como é que nós vamos fazer, o que é que eu posso fazer (G10).

A influência da mídia foi apontada como fator limitante para a gestão dos processos assistenciais, como na vacinação, por exemplo. Em vários momentos os gestores tomavam ciência de decisões do nível central através da mídia e os questionamentos por falta de informação em tempo hábil eram frequentes e dificultavam a condução das atividades.

Eu percebo que até politicamente, tudo, muitas vezes a gente fica no meio de situações que a gente não deveria ficar. Então escolhas de vacinas, hoje mesmo eu recebi uma paciente que ligou para Ouvidoria e querendo escolher X vacina. Aí provavelmente quem atendeu ela não fez o registro dessa queixa dela e solicitou para estar procurando o gerente. Então algumas coisas às vezes esclarecer mais dos pacientes determinadas coisas e não só o gerente. Claro que eu acolhi, conversei com ela, mas mesmo assim ela quer a vacina X. E algumas outras coisas também, que nem teve o cancelamento da agenda, então saiu inclusive em Diário Oficial que teve o cancelamento das agendas, mas que foi um assunto que não poderia se dizer "Não foi", aí saiu no jornal. A gente fica numa situação bem complicada. Aí o paciente liga para nós para saber qual que é a vacina, aí sempre que o paciente liga, as vezes a gente sabe que o repórter liga para a unidade, então a gente sempre orienta a equipe ser a mais acolhedora possível. Então a gente fala: "Olha, no momento é X vacina". Aí de repente o jornal fala que isso a gente estimula a população, mas muitas vezes eu falo o imunizante que eu tenho para o paciente não ficar circulando, aí de repente eu não posso. Então a gente se sente um pouco vendida no sistema (G7).

Neste sentido, os gestores assumiram o papel de informar a população para promover adesão à imunização contra a COVID-19, ação indispensável com o crescimento das *fake news* nos diferentes canais de comunicação.

Então a gente lutou para informação contra Fake News, que o cara tinha no celular o que era verdade. A gente está lutando até hoje na questão das vacinas. Então o cara não quer tomar vacina porque tem um louco mandando mensagem dizendo que não pode e tal, não sei o que. Então eu acho que isso aí é o ponto principal do que a gente mais sofreu, e só fez aumentar isso na verdade, aumentou essa dificuldade nossa. E a gente vê isso nos conselhos gestores, não é? Então, por exemplo, eu mesmo aqui cheguei numa unidade que não me conheciam, o Conselho Gestor atuante, e eu tive muita dificuldade de falar com a população, agora que eu estou começando, que as pessoas estão sabendo quem eu sou, o trabalho e tudo mais. Eu acho que isso aí seria o ponto crucial (G9).

Os gestores comentaram sobre a escassez de tempo para se dedicarem ao planejamento do trabalho e construção de ações conjuntas com as equipes, priorizando discussões sobre as dificuldades enfrentadas. Também relataram desafios relacionados ao subdimensionamento de pessoal nas unidades, ao tensionamento da necessidade de liberar alguns profissionais das equipes para participar de capacitações indispensáveis em um período de tantas mudanças técnicas relacionadas à pandemia.

Eu acho que as coisas que a gente conseguiu construir foi um trabalho em conjunto,

mas eu talvez por conta do número de mudanças que a gente teve, eu acho que poderia ter tido um controle melhor, números mais assim, estatísticas para que a gente pudesse depois, futuramente, discutir. Isso é uma coisa que não sobrou tempo para fazer. Entendeu? Para você consolidar isso, para você depois ter uma discussão com a equipe, mostrar o quanto que a gente consegue atingir, o que é que a gente teve de fragilidade. A gente teve essa questão da fragilidade dentro do processo em vários momentos, mas eu sinto a falta de poder construir um trabalho em cima disso. Não sobra tempo para isso, de você sentar, planejar alguma coisa e construir isso. Você faz rapidamente e meio que apaga o incêndio (G8).

A gente precisa redimensionar esse quantitativo de profissionais para que a gente possa dar conta de todas essas demandas. Eu acho que não tem que cortar as demandas, porque as demandas elas são inerentes a vida das pessoas. Então a gente tem que dar conta disso mesmo, só que a gente precisa de mão de obra, a gente precisa de braços para trabalhar. Eu vejo, assim, é uma oferta muito grande que está hoje, agora, nesse momento de capacitações, eu acho maravilhoso, mas é um desafio terrível para o gerente ele tirar um profissional dali daquela assistência para vir se capacitar. Mas, ao mesmo tempo, o gerente fica olhando que aquele profissional ele necessita urgentemente de ser capacitado, porque existem muitas questões ali que você percebe de cara que tem uma carência daquele conhecimento naquela área, daquele dado profissional. Mas como que eu vou fazer isso, se eu tiro ele para ele ir ser capacitado? Quem vai fazer a parte dele ali? (G10).

Segundo alguns gestores, o enfrentamento ao processo de adoecimento, determinado socialmente, passa pela estruturação do serviço com profissionais em quantidades adequadas e qualificados. Assim, a gestão de todos os processos de trabalho flui de maneira a apoiar as suas ações.

Então e hoje o que eu percebo é que não é só a questão biológica do adoecimento, mas a questão que envolve todo o processo de adoecimento levando em consideração as questões sociais, econômicas, tudo. Então, assim, isso impacta demais. Então eu preciso ter um quantitativo de profissionais muito bem-preparados e em quantidade suficientes, porque senão eu adoço os profissionais que estão aqui. E aí eu não percebo essa nossa indignação com relação a isso, e eu acho que isso é uma questão que impacta por demais no andamento do serviço. Então a Atenção Básica ela é muito ampla, ela é muito complexa e ela tem demandas por demais para ter um corpo de profissional muito pequeno, é muita pouca gente. Então a sensação que a gente tem é: todas as áreas temáticas da Secretaria de Saúde (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) cada um tem suas dimensões e suas demandas que são enormes e que tem que ser trabalhadas mesmo, mas cada uma exige aqui da Atenção Primária da unidade que se cumpra. E aí é como se dissesse assim: cumpra-se mesmo, você tem que cumprir (G10).

TEMA 2: PERCEPÇÕES DOS GESTORES DA APS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

SUBTEMA 2: POTENCIALIDADES

Segundo a percepção de alguns gestores, as dificuldades no enfrentamento contribuíram de forma positiva para mudanças estruturais na APS, como, por exemplo o número de usuários atendidos por hora.

Retomar, remontar a assistência como ela tem que ser, o momento da retomada, entender o momento da retomada, que eu acho que já está chegando. Entendeu? Que, assim, as pessoas elas se acostumam também a condição, dois atendimentos/hora que bom, nunca mais eu vou atender mais quatro por hora (G1).

Para os gestores, a utilização de tecnologias da informação e comunicação ganharam seu espaço contribuindo para o atendimento às demandas por meio do trabalho articulado em rede com o dispositivo do matriciamento por telefone, do teleatendimento e de reuniões remotas.

Então, a articulação com a rede isso é fundamental, a unidade não consegue trabalhar sozinha, a gente tem que estar articulado. O matriciamento dos casos que a gente tem que acompanhar, que nem sempre, que antigamente a gente conseguia reunir todo mundo para fazer esse matriciamento, agora a gente articula por telefone, o teleatendimento digamos assim. O teleatendimento foi uma coisa que veio para nos ajudar muito (G4).

É uma estratégia-chave e o envolvimento da rede no sentido de a gente levar, pelo teleatendimento, já que não é possível mais aquelas reuniões, mas levar os casos para eles, e a gente ter esse retorno para poder, no individual, o enfermeiro ou o médico, ou faz uma visita para o paciente, ou convocada aquele paciente, mas no utilitário, só a pessoa (G4).

Então eu acho que a estratégia da tecnologia foi muito boa. Outra estratégia que a gente não podia abrir mão, e que por alguns momentos foi bem desafiador, são as reuniões de equipe dentro da unidade. Porque a gente teve o desafio de as unidades não estarem preparadas para esse momento de trabalho remoto, de fazer reuniões remotas, hoje a gente está aqui falando com o vídeo, eu olhando para você e vice-versa, mas não foi assim sempre, tinham momentos que a gente tinha que ficar ali usando o celular. E, assim, a unidade aqui nesse momento a gente tem uma tecnologia, mas tem um outro serviço da rede que não tem essa tecnologia e aí inviabiliza essa efetividade do cuidado (G10).

A construção de uma rede de apoio contribuiu para a reorganização do processo de trabalho e para suporte técnico na situação caótica vivida, com destaques ao apoio da equipe da vigilância, da imunização, da supervisão técnica e da OSS. O planejamento compartilhado das ações com a participação de todos os profissionais da equipe foi relatado como uma experiência exitosa.

Eu acho que uma estratégia assim bem positiva que a gente teve que foi que a gente formou um grupo, tinha eu, um enfermeiro, um dentista, um médico, um ACS, um auxiliar, que a gente sentava e conversava semanalmente assim "A semana passado foi desse jeito ", a gente olhava os dados de como que foi o atendimento, o volume que teve, o que demandou mais, se teve muita remoção, se não teve, até se tinha uma tendência de alta, de aumento do número de casos ou de internação a gente olhava. Por quê? A gente tentava planejar pelo menos uns dez, quinze dias para a frente a nossa agenda, a nossa organização interna, a nossa divisão dentro da sala do "Então, a gente já tinha começado aí um processo meio tímido de territorialização, mas a gente deu início mesmo e conseguiu fazer uma territorialização no meio de uma pandemia. A

gente conseguiu dividir todas as áreas de um jeito mais justo levando em consideração os dados epidemiológicos, conforme as características de cada território. Eu acho que foi um momento importante também para fazer isso (G6).

Então, a gente teve vários momentos, a gente sempre teve apoio assim de outros profissionais [da OSS]. Porque, assim, a supervisão [STS] nos ajudou em vários momentos em que a gente estava desenhando isso, em direcionar esse tipo de trabalho, a gente contou com o apoio do pessoal da vigilância [UVIS], porque a gente teve a questão que a gente um empenho maior em relação a ILPIs [Instituições de Longa Permanência para Idosos], a gente também tem muitas ILPIs no território. A gente teve apoio do pessoal da UVIS, agora que a questão da vacinação é muito presente aqui na unidade também, a gente tem números bem diferenciados em relação a todo território. E a questão do pessoal da [nome OSS] também, os supervisores [da OSS] vinham, perguntavam, apoiavam na medida que dava, porque tinha toda uma dificuldade dentro do território também (G8).

Olha, eu entendo que através dessas reuniões, reuniões on-line, envios de e-mail, apoio presencial, então quando algum supervisor vem aqui, seja a... Eu tenho aqui, por exemplo, a supervisora técnica do planejamento, tem as duas, elas vêm aqui, tira dúvida, discute. E eu acho que esse apoio ele também se facilita até pela própria troca de cuidado de informações, de ideias, de sugestões com os próprios gerentes. Então eu entendo que os próprios gerentes eles acabaram se apoiando. Então eu vou dar um exemplo prático aqui. Então, às vezes, eu tinha alguma dúvida, eu estava pensando: "Como que eu estou fazendo? Será que eu estou indo pelo caminho certo?", ou algum fluxo que eu estipulo e percebo que não está legal, que poderia melhorar. Liga para o gerente vizinho "Como que você está fazendo? Qual que é a sua ideia? Qual é a sua proposta?". Então eu acho que o apoio ele vem tanto dos colegas de trabalho e quanto aí dessas instâncias aí que eu disse, da própria supervisão e da [nome da OSS] (G9).

Então, e aí eu me lembro que a supervisão fez uma reunião virtual e a gente, inclusive, colocou isso, como que nós gerentes estávamos nos sentindo, que a gente precisava desse apoio, que as instâncias superiores fizessem material instrutivo, educativo para a gente passar para os próprios profissionais, para a população de alguma forma. Enfim, que a gente passasse esses vídeos via WhatsApp, para que a gente pudesse se sentir com menos medo e mais apoiado. Eu acho que a supervisão [STS] de uma maneira geral ela estava muito presente, a própria organização social também, eu acho que foi um caminhar junto, eu acho que a gente foi construindo esse caminhar. E, assim, o que eu posso dizer é que eu me senti muito apoiada. Então, eu acho que a gente, a supervisão técnica de saúde, a organização social, eu acho que a gente sempre teve muito... tiveram muito presente, também, muito presente nas nossas vidas, então assim caminhando junto, construindo isso (G10).

Na percepção dos gestores, o apoio obtido foi fundamental para manutenção do acesso aos usuários, coordenação do cuidado e readaptação das rotinas. O suporte emocional e o resgate do pensamento coletivo também foram potencialidades destacadas no estabelecimento de redes vivenciadas pelos gestores.

Eu tenho um grupo com mais duas gerentes e que a gente acaba uma sendo o apoio, a força da outra de vez em quando. A gente entra lá no grupo, dá uns gritos, dá uns xingos assim e a outra fala: "Não, calma. Aqui também está assim, não sei o que", e a gente vai se ajudando. E isso é muito gostoso, porque não dá para ter contato físico, a gente já não está perto fisicamente, então a gente vai buscando essas escapadinhas mesmo que seja por uma chamada de vídeo de vez em quando (G9).

... eu acho que de sentar, organizar os processos, pensar de como que seria, porque pelo Covid ser uma questão nova, que ninguém tivesse contato, que nós fomos aprendendo, como todo mundo foi aprendendo junto, eu acho que tem isso, de ser uma doença nova e você ter que se organizar esse processo pensando em outros serviços, que ninguém tivesse tido essa vivência (G10).

Então eu acho que isso está refletindo até na vida pessoal. Eu tenho chegado em casa, chego cansada mentalmente a maioria das vezes, porque fisicamente acabo não me cansando tanto, mas é um cansaço mental bem esgotante, mas eu acho bem, eu chego satisfeita, eu chego feliz, porque a equipe saiu bem, a equipe... a gente tem um grupão da unidade no WhatsApp, aí: "Obrigada por hoje", aí o pessoal: "Valeu. Hoje foi uma delícia", "Nossa, você viu tal coisa?", "Vocês acompanharam". Então, assim, o pessoal compartilhando essas experiências e eu acho que a pandemia ela veio para ensinar que o mundo é não é feito só de papel e tela, que a gente tem que olhar o próximo mais de perto mesmo e que o trabalho fica mais fácil e mais gostoso quando está todo mundo se olhando, se ajudando (G3).

Eu sou uma gerente que eu gosto de estar muito próximo da equipe. Então, assim, quando a gente começou a sentar na questão do fluxo, eu acho que você não consegue dizer só na teoria, você tem que ter na prática. Então, assim, quando a gente começou a vivenciar essa questão do fluxo, de como que estava vindo esses pacientes, a gente chamava a equipe, a gente sentava e desenhava isso junto com a equipe. A questão assistencial eles têm muito voltado para esse lado do cuidar. Então como a minha formação já é administrativa, então eu já tenho esse olhar mais de organização, de desenhar fluxos, então é, assim, puxar a equipe para esse tipo de trabalho, que foi o que ajudou a gente muito e que ajuda a gente nisso até hoje (G8).

No comecinho era uma equipe nova e tinha uma equipe que já estava aqui antes. A gente estava com uma equipe mista, tinha o pessoal da direta [servidores públicos estatutários], tinha o pessoal da OSS [servidores contratados pelo regime da Consolidação de Leis Trabalhistas], eu acho que foi o momento que foi muita mudança, mas teve um lado bom, porque eles se integraram. Entendeu? Eles começaram a se ajudar, eles começaram a ter mais parceria entre as equipes, o pessoal que estava chegando com o pessoal que já estava, aquela barreira que as vezes falava "Da direta" . Não, eles começaram a trabalhar juntos e isso foi importante, porque de certo modo a gente se apoiava. Entendeu? Cada um ia se ajudando e cada um foi descobrindo alguns pontos que se destacaram nesse momento (G8).

Na percepção de alguns gestores, a reorganização das ações contribuiu para a humanização na gestão e impactou positivamente para o desenvolvimento de habilidades não técnicas e no desenvolvimento pessoal e profissional.

Hoje eu falo para o pessoal: "Isso é o normal, então a gente tem que se adaptar a isso porque a tendência, na minha opinião, hoje, é piorar daqui para frente", piorar as demandas, porque a gente vai começar a se deparar com outros agravos que a gente não conhecia, o pós-Covid que está intenso aí as sequelas e tudo mais. Mas eu acho que uma coisa que a pandemia contribuiu muito, além de manter o gerente mais tempo dentro da unidade, porque antes a gente saía demais, é reunião, é treinamento, é não sei o que, hoje a gente está aqui com a equipe, está ali lado a lado (G3).

Houve momentos em que, assim, percebo que existe uma cobrança muito mais incisiva que passa a não dar aquela sensação de apoio. Eu tenho que te entregar isso e acabou. Sabe? Não me interessa como está acontecendo aqui. Mas, assim, acho que de uma maneira geral também essas cobranças são necessárias, porque as coisas têm que acontecerem, mas eu acho que de uma maneira geral eu me senti muito apoiada por todas as instâncias superiores no desenvolvimento e na organização do trabalho (G6).

O vínculo dos gestores com os profissionais da equipe e dos trabalhadores entre si mesmos favoreceu o estabelecimento de parcerias, compartilhamento das ações, compromisso com o trabalho e a melhoria dos resultados do serviço.

Então eu conheço cada funcionário que eu tenho aqui. Eu estou aqui há muitos meses, na UBS [nome da unidade]. Eu conheço meus funcionários, eu sei o nome de todos eles, eu sei o problema de todos eles, eu consigo olhar no corredor para olhos deles, porque é o olho que a gente enxerga hoje e ver se ele está triste, se ele não está, se ele precisa de alguma coisa. Aproximou muito a equipe e eu acho que isso fortalece. Quando a equipe é unida para trabalhar favorece o serviço. A qualidade do nosso serviço melhorou muito e eu vejo isso através de ouvidorias, eu vejo isso através do ânimo, da motivação da equipe e da recepção dos pacientes quando entram na unidade. Então eu acho que a pandemia ela despertou na gente a parte humana, ela fez a gente olhar para o próximo, próximo companheiro de trabalho mesmo, de uma forma não você é só um funcionário, faz lá sua parte, auxiliar de enfermagem funciona, põe a medicação, faz produção (G3).

Eu acho, assim, o fato de a equipe estar mais comprometida isso já me facilita bastante. Entendeu? Mas, assim, nesse momento é muito difícil você dizer o que te facilita, porque as coisas mudavam muito rápido. Então, assim, você dava uma orientação, mudava, você fazia um trabalho, caía por terra, vai, mudou de novo, é bem complicado dizer alguma coisa que facilitava. O fato de a equipe estar mais integrada e mais comprometida com o que eles estavam fazendo e entendendo, eles passaram a entender mais o meu trabalho e eu entender o trabalho deles, me facilitou nesse sentido. Mas, assim, continua um pouquinho ainda complicado (G8).

Bom, eu acho que a pandemia ela nos trouxe mais trabalho do que antes, porque a gente teve que repensar o como fazer, como se reorganizar diante da pandemia, que no começo foi assustador. Então eu acho assim, hoje a gente já se sente mais a apropriado, mais confortável para trabalhar, já conhecer mais a patologia, então a gente já se sente mais apropriado e sabe-se mais como lidar. Mas, assim, a gente entende que foi muito desafiador, porque a gente teve que pensar, melhorar talvez a nossa capacidade de negociação com os próprios colaboradores, a gente teve que repensar à nossa maneira de ser e fazer, sendo mais flexível, tendo mais empatia com os colaboradores, com os próprios pacientes (G9).

Os resultados sugerem que a pandemia exigiu mudanças bruscas nas atividades dos gerentes das UBS. Considerando que o trabalho de gestão em saúde, diferencia-se em gerência administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, entre outros) e que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS, pois o trabalho gerencial nesses locais se concentra em atividades decisórias, caracterizadas pela resolução de problemas identificados diretamente na UBS, mais próximos dos usuários, o que aumenta as responsabilidades desses profissionais.

6 DISCUSSÃO

A pandemia da COVID-19 demandou respostas urgentes e diversas ao SUS (GIOVANELLA et al., 2020). Os resultados deste estudo apontaram os desafios vivenciados pelos gestores frente às mudanças na dinâmica de trabalho na APS, cujas ações envolveram a gestão do serviço, do pessoal e do cuidado.

A análise do mapeamento das experiências brasileiras aprovadas na Iniciativa APS Forte 2020 no contexto da pandemia (FERNANDEZ et al., 2021) apontou que as equipes de saúde assumiram um caráter de gestão de crises e de reorganização dos serviços, ora nascidos nas UBS em si, ora por adoção de estratégias de gestão de Secretarias Municipais de Saúde, com um foco mais extenso de reorganização e apoio às UBS e às equipes de saúde dos municípios.

No início dos casos, buscando a organização da rede de saúde com ampliação de serviços para atendimento oportuno e no tempo adequado, os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) organizaram uma reunião com 1.200 profissionais para discussão do Plano Rede Básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Regulação, procedendo capacitação para profissionais de saúde - AMA, UBS, pronto-socorro, unidades de pronto atendimento, hospitais e parceiros que dariam capilaridade nas UBS nos aspectos relacionados à epidemiologia e vigilância, manejo clínico e biossegurança (LEGISLAÇÃO MUNICIPAL, 2020a).

Segundo o relatório da pesquisa “Desafios da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no SUS” (GIOVANELLA et al., 2022), as atividades de rotina, nas UBS, foram reduzidas, adaptadas ou suspensas, tendo a região sudeste do Brasil o maior percentual de redução e suspensão de atividades de rotina nas UBS, com taxa de 68,5%.

A reorganização do processo de trabalho, desafio diário imposto aos gestores da APS, foi ativamente conduzida com a criação de novos fluxos e rotinas, principalmente para que as informações, em grande quantidade e de modo contínuo, chegassem aos trabalhadores dos serviços em momento oportuno. O gerenciamento do fluxo de pessoas também foi muito importante e, sempre, um grande desafio no contexto de evitar aglomerações e desassistência, simultaneamente.

Visando respostas rápidas, os gestores perceberam que as respostas da SMS não acompanhavam a dinâmica e urgência que a COVID-19 demandava para a reorganização da rede de atenção, a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado e o fortalecimento de discussões nas seis coordenadorias regionais de saúde. Neste sentido, o enfrentamento da

pandemia ocasionou mudanças significativas na maneira como os cuidados de saúde foram ofertados e alocados na reorganização de toda a rede assistencial. Segundo Daumas et al. (2020), houve a necessidade de interligação das redes de atenção à saúde, dos setores públicos e privados e de todos os profissionais de saúde. Assim como corroborado por Cirino et al. (2021), os municípios, detentores da gestão da APS de seus territórios, responderam reorganizando suas redes de atenção à saúde alicerçados por seus conhecimentos do território e nos instrutivos da Vigilância em Saúde.

A Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), que é responsável pelas ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador, foi um importante alicerce para acompanhamento e trabalho com os dados de casos de doença de transmissão respiratória como a COVID-19. A coleta de dados para a vigilância epidemiológica se fez muito presente para os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), Síndromes Gripais (SG), surtos, Unidades Sentinela para SG e para óbitos, além da análise dos dados laboratoriais. Essa estrutura de coleta de dados e informação contribuiu para o planejamento de ações no enfrentamento da COVID-19, integrando gestão e assistência, permitindo a ampliação do conhecimento e, conseqüentemente, resultados positivos.

Frente às imprevisibilidades da atenção à saúde no contexto das unidades da APS durante a pandemia, o matriciamento passou a ser mais explorado e valorizado pelas equipes. De acordo com Silva et al. (2021), o matriciamento consiste em uma potente ferramenta de cogestão em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, elaboram uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para um determinado caso. É caracterizado por proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Para a continuidade de serviços assistenciais, o processo de comunicação e articulação com outros serviços entre territórios foi de extrema importância.

No entanto, os gestores apontaram o cumprimento de tarefas secundárias, condições precárias de trabalho e, muitas vezes, interferência na autonomia que impactaram negativamente nas estratégias de gestão elaboradas no território.

A reorganização das UBS para adaptar os serviços à situação de emergência, com alteração dos horários de atendimento da rede básica, suspendeu parcialmente rotinas, fato apontado como desafio impactante na condução das linhas de cuidados, principalmente a dos diabéticos e hipertensos. Outra questão que também foi apontada pelos gestores foi a adequação à situação de pandemia e a regulamentação do afastamento de servidores, como gestantes,

imunodeprimidos e trabalhadores acima de 60 anos, de acordo com o contexto epidemiológico exigido para o momento.

A presença da ESF e do controle social nas UBS do território apoiaram a prevenção dos agravos. A predileção municipal de capilarizar o atendimento dos sintomáticos, fortalecendo as UBS como porta de entrada dos casos suspeitos e ordenadora do cuidado, reduziu a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência. Essas estratégias foram apoiadas com estudos que apontaram que as fortalezas da APS se encontram na capilaridade, na responsabilização territorial e na participação social (FARIAS et al., 2020; CIRINO et al., 2021).

A própria ausência de condução técnica do Ministério da Saúde (MS) neste panorama desconhecido, com ausência de medidas regulatórias determinadas entre os entes federativos, e com a urgência que a temática merecia, as estratégias de assistência e gestão sofreram muito com as lacunas de atualização de deliberações necessárias frente à realidade imposta. Assim, os municípios buscaram superar as variáveis relacionadas à assistência e vigilância durante a emergência da uma pandemia (SHIMIZU et al., 2021).

Outra situação mereceu destaque, sobretudo no início da COVID-19, entre os desafios a serem suplantados, a necessidade de insumos, com destaque aos EPI em que o desconhecimento da nova realidade de emergência em saúde apontou o receio com o desabastecimento dos insumos e com isto a própria oferta desses aos trabalhadores.

A troca entre gestores do território, fala frequente dos gestores entrevistados, fortaleceu as estratégias do território e da própria APS durante o enfrentamento da pandemia que, também, contou com alternativas de organização em âmbito municipal e de organização comunitária. Os referidos aspectos potencializaram a análise das interfaces Estado e sociedade, sendo a APS um lugar estratégico e de dialógico para novas formas de organização do cuidado. Essas experiências são influenciadas pelo contexto sócio, econômico e cultural de seus territórios, nas suas potencialidades e desafios (MENDONÇA et al., 2020).

Silva et al. (2021), relataram o sofrimento dos trabalhadores com dúvidas sobre como enfrentar a pandemia. Estes resultados corroboram com os achados do presente estudo, visto que alguns gestores se sentiram despreparados frente à gravidade sanitária e devido aos desafios presentes em seu processo de trabalho.

Relatos impactantes dos gestores entrevistados demonstraram que o sofrimento e o processo de luto enfrentado pelos gestores e trabalhadores das equipes de saúde influenciaram a condução das equipes e, que mesmo passando pelo processo de luto também, necessitavam articular o luto alheio, vivenciado pelos trabalhadores dos serviços, para que o processo de trabalho não fosse ainda mais prejudicado.

Com o neoliberalismo voraz ditando as pautas do mundo do trabalho, a dinâmica interna da exploração dos trabalhadores, com o ritmo de trabalho intensificado e longas jornadas de trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015), e não sendo diferente com trabalhadores da saúde e, neles inseridos, os próprios gestores, o contexto da pandemia veio para agudizar e agravar as condições de trabalho já deterioradas.

O adoecimento motivado pelo trabalho físico e mental, a institucionalização da práxis de múltiplas tarefas ao mesmo tempo, a polivalência e a ênfase na produtividade fazem-nos voltar o olhar às práticas de saúde, nas quais não se mensuram a grandiosidade do “produzir saúde” (ANTUNES; PRAUN, 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reorganização do processo de trabalho foi construída a partir da criação de novos fluxos e rotinas, nas quais a experiência dos gestores foi primordial para o desenvolvimento das ações da APS no contexto da pandemia da COVID-19. Foram novas estratégias com o intuito de otimizar as diferentes frentes que se organizaram para qualificar e fortalecer a assistência, considerando a reestruturação dos serviços. A definição de prioridades também foi relevante e possibilitou o desenho de processos que evitaram a desassistência nos momentos mais críticos, nos quais a escassez de trabalhadores por adoecimento foi presente.

O conhecimento sobre a experiência no enfrentamento da pandemia da COVID-19, sob a ótica dos gestores, no processo de trabalho de suas equipes na APS, mostrou-se uma temática relevante e oportuna no intuito de coordenar as ações do processo de trabalho a fim de atender às necessidades do momento.

A sensação de invisibilidade compartilhada entre os gestores ressalta a relevância do recorte efetuado neste estudo, assim como as frequentes zonas de tensionamentos vivenciadas por eles e que permeiam as estratégias de gestão.

O processo de trabalho, alicerçado à luz do referencial teórico, e neste a hierarquização das relações instituídas, carregadas de imprevisibilidade e complexidade, nas dinâmicas micro e macrossocial, resulta em angústias ao longo dos diversos obstáculos que se apresentaram durante a pandemia.

A repercussão da pandemia da COVID-19 na saúde dos trabalhadores evidenciou o absenteísmo por conta dos afastamentos, o medo constante que fez parte da rotina dos trabalhadores da linha de frente, a exaustão, os óbitos dos profissionais, o luto e a tristeza, assim como a administração de crises internas que demandaram dos gestores investimentos diários frente à instabilidade do cotidiano da APS.

Políticas públicas para o fortalecimento do controle social que efetivamente apoiem os gerentes ao longo de discussões com as demais instâncias hierárquicas são necessárias para busca de resultados que qualifiquem o atendimento aos usuários do SUS.

Outro ponto a ser levado em consideração é que o estudo foi alicerçado sob a ótica dos gestores. Assim, faz-se necessário apreender o cenário vivenciado pela pandemia da COVID-19 na perspectiva dos demais atores sociais da APS.

A procura por novas estratégias para instrumentalizar processos de trabalho na APS durante a pandemia da COVID-19 trouxe experiências para futuras emergências em Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

- ALJAZEERA. News. Cononavirus pandemic. **Timeline: How the new coronavirus spread.** 2020. Disponível em: <https://www.aljazeera.com/news/2020/01/timeline-china-coronavirus-spread-200126061554884.html>. Acesso em: 25 nov. 2022.
- ANFIP - Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil. Fundação ANFIP de Estudos Tributários e da Seguridade Social. **30 anos da Seguridade Social - Avanços e Retrocessos.** Brasília: ANFIP, 2018. 176p. Disponível em: https://www.anfip.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Livros_22_11_2018_19_00_32.pdf. Acesso em: 25 nov. 2022.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, v. 00, n. 123, p. 407-427, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>. Acesso em: 25 nov. 2022.
- ARAÚJO, J. L.; OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M. Em defesa do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, suppl 2, e20200247, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0247>. Acesso em: 25 nov. 2022.
- AYRES, J. R. C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 905-912, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.00112015>. Acesso em: 25 nov. 2022.
- BARDIN, L. M. **Análise de Conteúdo.** 1.ed. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 25 nov. 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, 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).** Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 25 nov. 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019a. **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.** Diário Oficial da União, 2019a. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 25 nov. 2022.
- _____. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira: Avaliação por convidados externos e consulta pública.** 2019b. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira_servico_da_APS_consulta_SA_PS.pdf. Acesso em: 25 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020. **Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)**. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html. Acesso em: 25 abr. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **O que é Atenção Primária?**. 2022a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 25 nov. 2022.

_____. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Boletim COVID-19: 11/10/2022 – Semana Epidemiológica 40, 2022b. Município de São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/boletim_covid_19_11_10_22_SE40.pdf. Acesso em: 25 nov. 2022.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. 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: 25 nov. 2022.

CIRINO, F. M. S. B. et al. Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2665, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665). Acesso em: 25 abr. 2023.

COELHO, K. T. R. **Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil: O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária a Saúde**. 2020. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Avaliação de Políticas Públicas) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Brasília, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana**. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Últimas notícias. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma.com.br>. Acesso em: 25 nov. 2022.

CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, M. I. S. et al. **A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015.

CORREIA, D. **Pandemia de Covid-19 e as organizações sociais da saúde à espreita**. 2021. Disponível em: https://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2021/Anais_MM2021/MC14_4.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, e:00104120, 2020.

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1985.

FARIAS, L. A. G. B. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455). Acesso em: 25 abr. 2023.

FERNANDES, A. **Contra projeto bomba Guedes negocia repasse de até R\$ 40 bi a estados e municípios**. Estadão. 2020. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/>. Acesso em: 25 nov. 2022.

FERNANDEZ, M. et al. A Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento à pandemia da COVID-19: um mapeamento das experiências brasileiras por meio da Iniciativa APS Forte. **APS EM REVISTA**, v. 3, n. 3, p. 224–234, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.216>. Acesso em: 25 nov. 2022.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Acesso em: 25 nov. 2022.

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, spe 4, p. 161-176, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Acesso em: 27 nov. 2022.

GIOVANELLA, L. 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**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0013>. Acesso em: 26 nov. 2022.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 1967.

GUTLER, C. A. S. et al. Gestão de Estoques no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19. **Revista Qualidade HC**, v. 2020, n. 1. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/250/250.pdf>. Acesso em: 05 mar.. 2023.

LEGISLAÇÃO MUNICIPAL. DECRETO Nº 59.291 DE 20 DE MARÇO DE 2020. **Declara estado de calamidade pública no Município de São Paulo para enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus.** Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 2020a. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-59291-de-20-de-marco-de-2020>. Acesso em: 25 nov. 2022.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Cefor, 1992.

MENDONÇA, M. H. M. et al. A pandemia COVID-19 no Brasil: ecos e reflexos nas comunidades periféricas. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 162-168, 2020. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/124/68>. Acesso em: 25 abr. 2023.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOKO, R.; MERHY, E. E. **Agir em saúde: um desafio para o público.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 26 nov. 2022.

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://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 25 nov. 2022.

NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária: para defender a vida.** Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

NOVO CORONAVIRUS: Situação epidemiológica. Atualizado em 19/10/2022. 2022. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/2022/outubro/19-10-22.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2023.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU News – Perspectiva Global Reportagens Humanas. **Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia.** 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>. Acesso em: 25 nov. 2022.

PAIM, J. S. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In: MENDES-GONÇALVES, R. B.; AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. **Saúde, Sociedade e História.** 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 6, p. 151, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100016>. Acesso em: 25 nov. 2022.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 83, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462003000100007>. Acesso em: 25 nov. 2022.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. 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, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 25 nov. 2022.

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, e2020166, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 25 nov. 2022.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 114-129, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>. Acesso em: 25 nov. 2022.

SILVA, M. M. et al. O matriciamento em saúde mental e a participação dos trabalhadores: o relato de uma experiência em meio à pandemia de COVID-19. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n1Supp155-164>. Acesso em: 27 nov. 2022.

SHIMIZU, H. E. et al. Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da COVID-19: impasse e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 945-957, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131011>. Acesso em: 27 nov. 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WHO - World Health Organization. WHO Director-general. Speeches. Detail. **WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 25 nov. 2022.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA SEMI-
ESTRUTURADA

(Resolução 510/2016 do CNS)

Aprovação do CEP nº 4.743.539

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 e pela 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 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, com parecer n. 4.743.539 e CAAE n. 39724820.6.3001.0086

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

Sua participação será em uma entrevista individual, com duração média prevista de 30 a 40 minutos e realizada virtualmente em seu próprio local de trabalho mediante agendamento prévio. Solicito sua autorização para gravação de imagem e áudio da entrevista 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 a entrevista a qualquer momento e ou retirar o seu consentimento de participação na pesquisa. Em caso de encerramento da entrevista 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 a você. 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 Luís, 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 Saúde 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 a 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 DE ENTREVISTA

I) Identificação do entrevistado

1. Nome do entrevistado
2. Serviço de saúde em que está inserido
3. Cargo e/ou função no serviço
4. Categoria profissional
5. Idade
6. Sexo
7. Escolaridade
 - a. Ensino médio incompleto () Ensino médio completo ()
 - b. Superior incompleto () Ensino superior completo ()
 - c. Especialização () Sim () Não Área: _____
 - d. Mestrado () Sim () Não Área: _____
 - e. Doutorado () Sim () Não Área: _____
8. Ano de conclusão do curso de graduação/educação profissional
9. Tempo de trabalho no serviço estudado
10. Afastamento durante o ano de 2020

II) Roteiro de Entrevista

1. Conte-me como a pandemia da COVID-19 tem afetado suas ações como gerente na APS.
2. Quais são suas principais ações e atribuições como gerente no contexto da pandemia da COVID-19?
3. Contem como tem sido o seu papel na coordenação do cuidado no contexto da pandemia dentro da unidade e na rede de atenção, caracterizando as estratégias chave.
4. Como tem sido o apoio ofertado ao trabalho da gestão da APS na pandemia?
5. Como seu trabalho como gerente pode ser facilitado no contexto da pandemia?
6. Como você pensa que deveria ser o seu processo de trabalho como gerente no contexto da pandemia da COVID-19?
7. Quais são seus principais desafios como gerente de serviço de APS no contexto da pandemia?

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 Mestradas 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 a esta finalidade.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Participante da Pesquisa / Responsável Legal

APÊNDICE D – ORÇAMENTO DO PROJETO

Itens	Valor Unitário (R\$)	Unidade	Quantidade	Valor Total (R\$)
Xérox	0,25	Cópia	200	50,00
Materiais de papelaria (Canetas, lápis, borracha)	2,50	Verba	11	27,00
Transcrição de dados	120,00	Hora	10	1.200,00
Taxa de publicação	300,00	Publicação	01	300,00
Total Geral				1.577,00