

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

José Félix De Brito Júnior

GESTÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DA PARAÍBA

João Pessoa/PB
2024

JOSÉ FÉLIX DE BRITO JÚNIOR

**GESTÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientador: Prof. Dr. André Luis Bonifácio de Carvalho

João Pessoa/PB
2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B862g Brito Júnior, José Félix de.

Gestão municipal da atenção primária em saúde no contexto da pandemia de covid-19 no estado da Paraíba / José Félix de Brito Júnior. - João Pessoa, 2024.
109 f. : il.

Orientação: André Luis Bonifácio de Carvalho.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção básica. 2. Atenção primária à saúde. 3. Covid-19. 4. Assistência à Saúde. 5. Gestores de saúde. I. Carvalho, André Luis Bonifácio de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-036.21(813.3)(043)

JOSÉ FÉLIX DE BRITO JÚNIOR

**GESTÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO
CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2024

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente
ANDRE LUIS BONIFACIO DE CARVALHO
Data: 07/10/2024 14:15:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. André Luis Bonifácio de
Carvalho Orientador - UFPB

Prof^ª. Dr^ª. Gabriella Barreto Soares
Examinador - UFPB



Documento assinado digitalmente
LUCIANA MOURA MENDES DE LIMA
Data: 07/10/2024 14:21:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Luciana Moura Mendes de Lima
Examinador Externo - Escola de Saúde Pública da Paraíba

RESUMO

A pandemia de Covid-19 corroborou para a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS). A realização deste estudo tem como propósito compreender como os/as gestores/as municipais gerenciaram as ações na APS e seus desafios durante a pandemia de Covid-19 nos municípios paraibanos. É um estudo transversal exploratório de caráter descritivo e analítico. Os resultados apresentados consistem no levantamento de dados primários, coletados por meio de um questionário, através de um *survey* eletrônico, aplicado entre os meses de agosto de 2023 a janeiro de 2024. O público-alvo foram os/as secretários/as e coordenadores/as da APS, atuantes na gestão de municípios paraibanos. O recorte apresentado neste estudo contou com 222 respondentes de 222 municípios do estado da Paraíba, apenas um município optou por não participar. Dos respondentes maioria eram mulheres, com faixa etária entre 29 a 39 anos. Em relação a raça/cor/etnia grande parte se autodeclararam pardas e brancas. No que diz respeito a titularidade acadêmica, mais da metade declarou possuir especialização completa e verificou-se uma forte concentração de profissionais da enfermagem, a maioria dos/as participantes eram coordenadores/as da APS. Quanto às medidas adotadas pela gestão municipal no enfrentamento à pandemia de Covid-19, os/as respondentes afirmaram que houve a ampliação da rotina de desinfecção dos estabelecimentos da gestão municipal (além do serviços de saúde), o fornecimento de meios de higienização das mãos em estabelecimentos e espaços públicos e a obrigatoriedade do uso de máscaras em lugares públicos, comerciais e em transportes; a realização de testagem para Covid-19 na população em geral; distribuição de máscaras para população em geral; realização da desinfecção de ruas e lugares públicos e a elaboração de Plano de Contingenciamento. Diante dos dados coletados verifica-se o desafio da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora dos Serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS) impactando fortemente o cotidiano de gestores/as durante a pandemia de Covid-19. Observa-se a importância da articulação entre Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), Conselho de Secretarias Municipais da Paraíba (COSEMS-PB) e Ministério da Saúde como atores importantes no apoio da gestão municipal da APS em situações de crise sanitária. Conclui-se que APS nos municípios paraibanos atuou fortemente nas demandas centradas na Covid-19 no período da pandemia. Os principais desafios de gestores/as da APS estão relacionados com a implementação dos atributos da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS. Estes desafios apontam para possíveis recomendações que poderão contribuir em uma abordagem centrada em medidas de prevenção comunitárias como melhor caminho para efetivo combate a pandemias futuras.

Palavras-chave: Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Assistência à Saúde. Processo de trabalho. Gestores de Saúde.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has emphasized the need to strengthen Primary Health Care (PHC). This study aims to understand how municipal managers have managed PHC actions and their challenges during the Covid-19 pandemic in the municipalities of Paraíba, Brazil. It is an exploratory cross-sectional study with a descriptive and analytical nature. The results presented here consist of primary data collected through a questionnaire via an electronic survey conducted between August 2023 and January 2024. The target audience was PHC secretaries and coordinators working in the management of municipalities in Paraíba. This study included 222 respondents from 222 municipalities in the state of Paraíba, with only one municipality choosing not to participate. The majority of respondents were women aged 29 to 39. Regarding race/ethnicity, many identified as mixed-race and white. In terms of academic qualifications, more than half reported having completed specialized training, and there was a strong concentration of nursing professionals, with most participants being PHC coordinators. As for the measures adopted by municipal management in addressing the Covid-19 pandemic, respondents reported measures such as expanded disinfection routines, provision of hand hygiene resources in public spaces, mandatory mask-wearing in public and commercial spaces and on public transport, widespread Covid-19 testing, distribution of masks to the population, street and public space disinfection, and the development of a Contingency Plan. The data gathered highlights the challenge for PHC in coordinating care and organizing the Health Care Networks (RAS), significantly impacting the daily work of managers during the Covid-19 pandemic. The importance of collaboration between the State Health Secretariat of Paraíba (SES-PB), the Municipal Health Secretariats of Paraíba (COSEMS-PB), and the Ministry of Health is observed as crucial support for municipal PHC management during health crises. It is concluded that PHC in Paraíba played a significant role in addressing Covid-19-related demands during the pandemic. The main challenges for PHC managers are related to implementing the attributes of PHC as care coordinators and organizers of RAS. These challenges point to potential recommendations that could contribute to a community.

Keywords: Primary Health Care. COVID-19. Comprehensive Health Care. Workflow. Health Manager.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 –	Perfil das/os gestoras/os municipais de saúde de municípios paraibanos participantes da pesquisa (ago. 2023 a jan. 2024).....	53
Tabela 2 –	Quantidade de ESF informada por gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. a set. 2023).....	55
Tabela 3 –	Quantidade de eMulti informada por gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	56
Tabela 4 –	Carência de profissionais na APS segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	56
Tabela 5 –	Grau de retorno das ações da APS após período crítico da pandemia de Covid-19 segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	57
Tabela 6 –	Medidas realizadas pela gestão municipal no enfrentamento à pandemia de Covid-19 segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	58
Tabela 7 –	Instrumentos e equipamentos disponíveis e utilizados na APS no contexto da pandemia de Covid-19 segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	59
Tabela 8 –	Ações realizadas pela APS no enfrentamento a pandemia de Covid-19 mais frequentes, no estado da Paraíba, ago. 2023 a jan. 2024.....	60
Tabela 9 –	Grandes desafios na gestão da APS no enfrentamento à pandemia de Covid-19, estado da Paraíba, 2024)	61
Tabela 10 –	Medidas adotadas e/ou ajustadas para realidade local considerada como uma inovação e implementada pela gestão municipal na APS segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	63
Tabela 11 –	Instrumentos ou mecanismos utilizados pela gestão para captar informações e/ou demandas inerentes a APS segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	64

Tabela 12 –	Grau de influência de apoios na tomada de decisão na gestão da APS durante a pandemia segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	65
Tabela 13 –	Atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) para o fortalecimento da APS segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	66
Tabela 14 –	Atuação do Conselho de Saúde para o fortalecimento da APS durante a pandemia de Covid-19 segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AI	Apoio Institucional
AI-ESP	Apoio Institucional da Gestão da Escola de Saúde Pública da Paraíba
ACE	Agente de Combate a Edemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CM-COVID-19	Central de Monitoramento dos Casos Suspeitos e Confirmados da Covid-19
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COVID	Doença do Coronavírus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Esf	Equipe de Saúde da Família
EMulti	Equipes Multiprofissionais
EAD	Educação à Distância
ESP	Educação Permanente em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PUBMED	Public Medline
QCRI	Qatar Computing Research Institute
SARS-CoV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Trabalho de Conclusão de Mestrado

TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
USB	UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPB	UFPB- Universidade Federal da Paraíba
VS	VS - Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	EU, O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	16
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	OBJETIVO GERAL.....	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	21
4.1	ATUAÇÃO DOS GESTORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	25
5	GESTÃO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	27
5.1	MARCAS DA APS NA PARAÍBA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	30
6	REVISÃO DA LITERATURA.....	32
7	METODOLOGIA.....	47
7.1	TIPO DE ESTUDO.....	47
7.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	48
7.3	CENÁRIO DE PESQUISA.....	48
7.4	COLETA DE DADOS	48
7.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	49
7.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
8	RESULTADOS DA PESQUISA	52
8.1	PERFIL DAS(OS) GESTORAS(OS).....	52
8.2	CARACTERIZAÇÃO DA APS DOS MUNICÍPIOS PARAIBANOS.....	54
8.3	ATUAÇÃO, EXPERIÊNCIAS, DESAFIOS, POTENCIAIS E A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DO CUIDADO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19.....	57
8.4	ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS PELA GESTÃO MUNICIPAL NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA.....	62
8.5	ATORES ESTRATÉGICOS NO APOIO A AGENDA DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA EM ÂMBITO LOCO-REGIONAL E NACIONAL.....	64
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68

REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A-QUESTIONÁRIO GESTORES DA APS.....	77
APÊNDICE B –CARD DE DIVULGAÇÃO DO Questionário- Gestores da APS-PB.....	104
APÊNDICE C–BOLETIM DE MONITORAMENTO DE RESPOSTAS DO Questionário- Gestores da APS-PB	105
APÊNDICE D – BOLETIM INFORMATIVO DE PESQUISA.....	106
APÊNDICE E – CARD DE DIVULGAÇÃO DE WEBNÁRIO: DESAFIOS ATUAIS DO SUS NA PARAÍBA.....	111

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no Brasil, em 3 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2020a; Garcia e Duarte, 2020). Em 26 de fevereiro do mesmo ano foi registrada a primeira notificação de um caso confirmado de Covid-19 no país (Brasil, 2022a). Em 20 de março de 2020, foi declarada a transmissão comunitária da Doença pelo Coronavírus 2019 (Covid-19) em todo o território nacional (Brasil, 2022b). O Painel Covid-19 no Brasil do Ministério da Saúde (MS) apresenta que até 17 de fevereiro de 2024, foram confirmados 38.452.504 casos acumulados e 709.963 óbitos acumulados no país. Na Paraíba até 24 de fevereiro de 2024 foram confirmados 724.758 casos e 10.644 óbitos, segundo os Dados Epidemiológicos do Painel de Monitoramento da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (2024).

A elevada infectividade do SARS-CoV-2, agente etiológico da Covid-19, na ausência de imunidade prévia na população humana, bem como de vacina contra este vírus, fez com que o crescimento do número de casos fosse exponencial. Nesse contexto são indicadas intervenções não farmacológicas, visando inibir a transmissão entre humanos e desacelerar a expansão da doença (Anderson *et al.*, 2020). Com isso, é possível reduzir a demanda imediata por cuidados de saúde e reduzir as consequências da doença (Abrasco, 2022).

Um estudo desenvolvido no primeiro ano da pandemia revelou através da distribuição espacial de casos de Covid-19 em uma capital brasileira que as populações periféricas foram mais afetadas e evidenciado que as desigualdades sociais tiveram reflexo na taxa de mortalidade e distribuição de casos nas populações vulneráveis (Affonso *et al.*, 2021), apontando a necessidade de considerar o processo de determinação social no enfrentamento à pandemia de Covid-19.

Sabe-se que o mapa da desigualdade do país é muito semelhante à geografia espacial dos óbitos por Covid-19. Foi observado que pessoas negras, mais pobres, residentes de pequenos municípios e periferias de grandes centros urbanos foram os mais impactados pela fome, desemprego e morte como consequência da pandemia de Covid-19 (Abrasco, 2022).

O complexo cenário sanitário foi agravado pelo negacionismo do governo federal a época, que declarava resistência em aderir e estimular recomendações de evidências científicas para controle e mitigação da transmissão da Covid-19, aumentando a crise humanitária e econômica que aprofundou as iniquidades sociais já existentes no país (Fiocruz, 2020; Portela *et al.*, 2020).

A abrangência da rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, presente em todos os municípios, foi o principal ponto de atenção à saúde no enfrentamento à pandemia de Covid-19, tendo em vista que 80% dos casos são leves a moderados e podem ser acompanhados pelas equipes de Saúde da Família (eSF) nos seus territórios. Diante disso, os municípios foram impactados e pressionados para construírem respostas à crescente demanda. Em paralelo, estudos demonstram que o governo federal, naquele período, se afastou da coordenação integrada de esforços e ações em saúde para lidar com a crise sanitária causada pela pandemia de Covid-19. Dessa forma, Estados e Municípios assumem um papel de liderança no desenvolvimento de estratégias e direcionamento de ações neste contexto (Brandão; Mendonça; Sousa., 2023b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017) é norteada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal componente do arcabouço da APS, no mapeamento do território, na coleta de dados sobre condições socioeconômicas e de vulnerabilidade das populações e na vigilância epidemiológica (Bousquat *et al.*, 2017; Giovanella, 2006), e deve ser considerada um importante pilar frente às situações, tais quais as epidemias de Dengue, Zika, Febre Amarela, Chikungunya e, também agora, a Covid-19 (Sarti *et al.*, 2020).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são consideradas o primeiro serviço a ser procurado na busca por cuidado quando as pessoas estão sintomáticas e/ou acometidas pela doença, através da ESF estiveram na linha de frente no enfrentamento à pandemia de Covid-19. As UBS são de base territorial e têm como locus de atuação estarem inseridas dentro das comunidades, dessa forma, próxima ao cotidiano de vida das pessoas (Frota *et al.*, 2020).

Esse processo obrigou gestores, trabalhadores e usuários a pensarem em um conjunto de medidas para o controle da pandemia, farmacológicas, ainda com dificuldade de acesso, e não farmacológicas como isolamento, distanciamento social e vigilância dos casos, objetivando frear a velocidade da pandemia evitando assim sofrimento e morte

Prevista na PNAB (Brasil, 2017), a ESF é o dispositivo prioritário de APS, implementada há mais de 30 anos, acompanha 180.510.202 pessoas em todas as regiões do Brasil, com 79, 73% de cobertura populacional de APS, mais de 58 mil equipes, constituídas por enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas, técnicos de enfermagem e saúde bucal e cerca de 260 mil Agentes Comunitários de Saúde (Ministério da Saúde, 2023), contribuindo para o acesso universal e integral da saúde, sobretudo por sua atuação capilarizada na promoção, prevenção, atenção e vigilância em saúde, uma vez que sua implementação se dá por meio da vinculação populacional e territorial de pessoas usuárias às equipes multiprofissionais.

Considerando o contexto apresentado, o presente estudo teve em vista compreender as medidas e estratégias adotadas através da experiência dos gestores na figura dos secretários de saúde e coordenadores da municipais da APS sobre a Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à Covid-19 no estado da Paraíba, visando incentivar o fortalecimento da gestão e a qualificação do cuidado na APS. Com a intenção de responder a seguinte questão: Qual a experiência dos gestores municipais no que tange a atuação da APS no processo de enfrentamento da pandemia da Covid-19?

Este estudo subsidiará uma leitura estratégia sobre os processos e práticas das equipes de saúde no que tange a um conjunto de ações vinculadas ao enfrentamento da pandemia como também na construção de futuras agendas envolvendo a formação e educação permanente dos profissionais de saúde; mapeamento de potencialidades e dificuldades de cada território; as perspectivas na construção de parcerias com as organizações locais; o fomento às ações de vigilância em saúde nos territórios e a estratégias para o suporte a grupos vulneráveis e a continuidade das ações próprias da APS.

Esse processo irá contribuir na construção de eixos estratégicos para qualificar as recomendações e direcionamentos da gestão municipal da atenção primária à saúde, possibilitando o fomento de melhorias nas práticas de gestão vinculadas à APS e no processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família na Paraíba.

Este projeto está apoiado na área de concentração de Saúde Coletiva e Gestão do SUS e as instituições envolvidas além da Universidade Federal da Paraíba, por meio do Mestrado Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde-UFPB, serão a Fiocruz-Ceará, o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

2 EU, O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nasci nos anos 90, período marcado pelo combate à mortalidade infantil através das primeiras iniciativas da saúde como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Lembro bem de no meio da rua da Cadeia, na cidade de Alagoinha–PB, a balança pendurada no pé de castanhola. Era o acompanhamento do peso das crianças, realizado pelas equipes de APS da época. Não tenho lembrança das várias idas ao posto de saúde para vacinação, mas uma das enfermeiras mais antigas da cidade afirma: “sua mãe lhe trazia para todas as vacinas, pode ter perdido o seu cartão de vacina, mas ele estava todo completo”.

Esse alcance de ações e serviços de saúde nos vários municípios de um país de proporções continentais foi o que me fez entender já no primeiro período do curso de fisioterapia na disciplina de História e Fundamentos da Fisioterapia, ministrada pela professora Mercês, que o Sistema Único de Saúde (SUS) era o meu lugar no mundo do trabalho. Pensar na garantia de acesso universal, gratuito e de qualidade como direito ao povo brasileiro seria o mote para me identificar como trabalhador da saúde.

Durante a graduação a defesa do SUS construiu a minha diversa grade extracurricular por meio do movimento estudantil, projetos de extensão, projetos de Vivências e Estágios na Realidade do SUS, Coordenações do Centro Acadêmico. E quando conheci a educação popular em saúde percebi que a fala daquela enfermeira significava aquilo que já havia lido sobre a APS: vínculo com a população adscrita. Então, percebi fortemente que a APS é sobre o cotidiano da vida das pessoas em seus territórios, alguns conceitos foram então se traduzindo na práxis.

Ao fim da graduação já tinha certeza de que eu queria estudar e viver de trabalhar na, para e com a APS. Consegui fazer uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em João Pessoa–PB, vivenciar a realidade do processo de trabalho estando comprometido com a garantia do acesso à saúde do povo brasileiro, sendo um desafio. São diversos os obstáculos que vão desde colegas sem compreensão do papel real da APS, até falta de recursos para atendimento. Isso se agrava no meu núcleo profissional enquanto fisioterapeuta, sendo uma profissão bastante centrada na reabilitação e o apelo da demanda social é focado nesse aspecto. Garantir cuidado fisioterapêutico conforme a demanda, superar a centralidade da reabilitação nas minhas ações e caminhar para uma prática que promova saúde foram pensamentos que sempre estavam em ebulição na minha cabeça.

Ao finalizar a residência retorno para a cidade de Alagoinha–PB, agora como fisioterapeuta da Academia da Saúde, todos aqueles dilemas anteriores seguiam me

atravessando e afetando. A Academia da Saúde é um ponto de apoio para APS e é colocado principalmente na perspectiva da promoção e prevenção à saúde. Isso me permitiu autonomia para pensar ações menos reabilitativas. Criei grupos de exercícios e de relaxamento, atuei também com auriculoterapia e foi a primeira vez que foi ofertado sistematicamente uma Prática Integrativa e Complementar pelo SUS no município. Essa experiência me deu muito fôlego sobre a potência que encontramos na APS.

Todas essas experiências anteriores sempre me faziam refletir sobre a gestão em saúde e como ela atravessa a realização ou não dessas práticas. Em menos de um ano tive a oportunidade de ser coordenador da Atenção Básica do município de Alagoinha. Aqui começo a vivenciar os desafios da gestão, antes apenas teorizado ou criticado por mim. O compromisso com a defesa do SUS sempre foi o norte para as ações no sentido de garantir acesso e cuidado à população. Mas eram tantos outros desafios que envolviam burocracia, falta de recursos financeiros, falta de recursos humanos e falta de qualificação nos profissionais. Nesse aspecto, tentei trabalhar no eixo da Educação Permanente em Saúde para planejamento das campanhas e ações de rotina das equipes, assim ministrei o curso para a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de auriculoterapia para profissionais da Atenção Básica. A experiência foi positiva e em parceria com o NASF realizamos o mesmo curso, agora ofertando para as equipes de Saúde da Família, dessa forma ampliamos a oferta de auriculoterapia na cidade. Essas experiências com os trabalhadores fortaleceram nossa parceria, o que facilitou o andamento de outras ações.

Quando tivemos as primeiras notícias que a pandemia de Covid-19 havia chegado ao Brasil, erroneamente achei que isso custaria chegar em Alagoinha. Lembro-me de nossas primeiras iniciativas em criar um comitê de crise a nível da administração municipal, em que eu e a secretária de saúde liderávamos os debates. Havia uma grande ausência de orientações e evidência científicas ainda nos primeiros meses, isso nos deixava com extrema cautela sobre tudo. No primeiro caso suspeito tivemos as grandes questões sobre o que fazer ou o que não fazer, pensamentos sobre melhor pedir que a equipe faça atendimento em domicílio para não contaminar toda unidade de saúde ou trazer o paciente, pois na unidade tinha outros recursos para qualquer intercorrência que houvesse. Lembro de rapidamente buscar protocolo e orientações institucionais do MS. Esse é apenas um retrato da vivência no enfrentamento à pandemia.

Diante dos primeiros suspeitos chegando na cidade, foi necessário que o comitê desenvolvesse e planejasse ações de enfrentamento a pandemia de Covid-19. Eu e a secretária tivemos a missão de orientar e direcionar o comitê na criação de leis e decretos que

normatizavam como seria ou deveria ser o cotidiano da vida das pessoas da cidade e de todas as instituições públicas e privadas. Foram diversas reuniões com comerciantes, feirantes, líderes religiosos, diretores de escolas e demais setores para alinhamento de estratégias que diminuíssem a propagação do vírus, mas também não impactassem ou impedissem as pessoas de viverem e se apoiarem em conjunto.

A pandemia de Covid-19 produziu complexo cenário em todo país, a vivência de municípios de pequeno porte que não possui rede de serviços de atenção especializada e hospitalar pressionou a gestão a tentar pelas mais diversas formas assistência hospitalar nos municípios de referências para os casos graves que aconteciam na cidade. Foi necessário a implantação de um serviço de estabilização de pacientes que poderiam agravar e ficariam em observação até ter uma vaga em hospital regulada, o financiamento federal para criação de Centros de Atendimento Covid-19 auxiliou no custeio desse serviço. Na APS foi necessário por diversos momentos avaliar risco e reorganizar processo de trabalho para monitorar casos suspeitos e confirmados e tentar não suspender toda rotina das equipes. As angústias e medo de não conseguir garantir acesso à população era uma constante na rotina da gestão. As dúvidas sobre como gerenciar melhor as equipes da APS, se colocava unidades básicas de saúde como referência para síndromes gripais ou se isso poderia dificultar acesso ou facilitar propagação de vírus, a necessidade de racionar equipamentos de proteção individual dos trabalhadores de saúde por não ter disponibilidade suficiente, planos de qual seria a melhor forma de comunicar a população sobre a situação epidemiológica e/ou sobre as medidas de proteção.

Ainda vale destacar que as equipes de APS por estarem implicadas com seus territórios traziam demandas para além da saúde, como, por exemplo, necessidade de cesta básica para usuários que eram profissionais autônomos e confirmados com Covid-19, dificuldade das pessoas de acessarem materiais de higiene, entre outros. Nesse sentido, conseguimos ampliar a distribuição de hipoclorito para população, distribuimos em todas as casas do município álcool em gel e máscaras, como também em parceria com Centro de Referência de Assistência Social da cidade disponibilizamos cestas básicas para que os Agentes Comunitários de Saúde pudessem levar aos pacientes acometidos. Foram dias de grande sofrimento mental, também com a responsabilidade sanitária pesando bastante sobre nossos ombros.

No avanço dos dias, chegamos as campanhas de vacinação contra Covid-19 e coube a APS gerenciar as prioridades das prioridades e apoiar a execução dessas campanhas. Destaco como o marco a vacinação dos trabalhadores do SUS, pois vivíamos um momento de desvalorização da ciência e ausência do governo federal no fomento de condições e orientações aos trabalhadores, sendo como se estivéssemos enfrentando essa pandemia sozinhos e ainda

manejaando as informações falsas que eram amplamente divulgadas. Mas no dia em que iniciamos a vacinação dos trabalhadores se acendeu uma luz de esperança, a ciência venceu e nos permitiu olhar para o futuro e enxergar saídas, sonhar que os dias não seriam apenas um “novo normal”, mas que estaríamos em breve nos abraçando calorosamente novamente com nossos queridos ou com os estranhos também.

Em julho de 2021, finaliza minha trajetória na Coordenação de Atenção Básica no município de Alagoinha e início a jornada como Apoio Institucional da Gestão pela Escola de Saúde Pública da Paraíba (AI-ESP) como referência para uma região de saúde com 12 municípios. A experiência como AI-ESP me permitiu seguir refletindo e pensando sobre a gestão em saúde e agora em uma perspectiva de apoio técnico e pedagógico. Já vivíamos outro momento da pandemia de Covid-19, mas ainda era tema que atravessava o cotidiano da gestão. Nessa função é possível conhecer realidades diferentes da minha e compreender melhor sobre a regionalização em saúde e como as parcerias entre os gestores é fundamental. Ainda pude refletir a função e necessária tarefa de apoiar o gestor municipal de saúde e seus coordenadores, dessa forma, o AI-ESP contribuía na construção e implantação de diversos processos, como também era uma ponte entre a Secretaria Estadual de Saúde e os municípios da região.

Todos esses caminhos que me trouxeram até aqui e me afetam enquanto trabalhador do SUS e com interfaces na gestão em saúde, inquieto com os diversos desafios que impactam a vida do gestor das diversas formas e como isso afeta o processo de trabalho da APS. Acredito e visto fazer ciência baseada na realidade que problematize e aponte estratégias aos desafios concretos do cotidiano da gestão municipal em saúde, principalmente na APS. Defendo a APS como a força motriz capaz de fazer a utopia do SUS que queremos se aproximar da realidade das comunidades do nosso país. Defendo o SUS como a maior política social da história do nosso país e o maior patrimônio do povo brasileiro. Por um SUS público, estatal, gratuito, de qualidade e socialmente referenciado!

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação de gestores municipais no enfrentamento da pandemia de Covid-19 na APS da Paraíba.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma revisão integrativa da literatura publicada sobre a gestão da atenção primária à saúde durante a pandemia de Covid-19 no Brasil;
- Caracterizar o perfil de gestores municipais da APS do estado da Paraíba;
- Identificar os principais desafios enfrentados pelos gestores municipais na gestão da APS durante a pandemia de Covid-19;
- Constatar as medidas adotadas pela gestão municipal da APS para prevenir e controlar a transmissão da Covid-19;
- Conhecer as estratégias inovadoras implementadas pela gestão municipal na APS no contexto da pandemia de Covid-19.

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A Declaração de Alma-Ata incidiu sobre a agenda global dos princípios organizativos da APS, destacando seu papel no desenvolvimento social e econômico. Sabe-se que experiências de modelos de APS no contexto brasileiro foram registradas antes da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978 (Paim, 1996; Giovanella & Mendonça, 2008). Nos próximos parágrafos será apresentado por meio de marcos conceituais e legais a implantação e expansão da APS no nosso país.

A municipalização dos sistemas de saúde, nos anos 90, trouxe importante avanço na consolidação do SUS no Brasil, em meio a um contexto socioeconômico marcado pela pobreza crescente, alta de desemprego. Além de, um momento de transição na atenção à saúde, na busca de diminuir a hegemonia do modelo hospitalocêntrico para um enfoque mais abrangente e preventivo, especialmente com a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, desigualdades sociais. Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) contribuindo para o desenvolvimento dos sistemas de saúde locais, pois era exigência o funcionamento de Conselho Municipal de Saúde, Unidade de Saúde de referência e um profissional de nível superior na supervisão. Iniciam-se iniciativas conforme estabelecido pela Norma Operacional Básica de 1993. Em resposta a solicitações de secretários municipais por financiamento para melhorar a rede básica de saúde e incorporar outros profissionais ao PACS, no final de 1993, surgiu a proposta de criação do Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa introduziu elementos cruciais, como a responsabilidade dos profissionais de saúde sobre um território e população específicos, a ênfase na saúde da família, a abordagem preventiva e a integração dos serviços com a comunidade (Aquino *et al.*, 2023).

A criação do Piso de Atenção Básica (PAB) em 1996, por meio da Norma Operacional Básica (NOB 01/1996), representou um marco significativo no financiamento do SUS. Uma vez que anteriormente a isso o financiamento foi baseado em remuneração por procedimentos. O novo formato de financiamento estabeleceu valores per capita para a APS, dessa forma, proporcionou uma distribuição mais equitativa dos recursos federais e conferiu maior autonomia aos municípios na gestão desses recursos. Criando financiamento tanto fixos quanto variáveis, incentivando a implantação da ESF que se tornou a junção do PSF e PACS, por meio de transferências regulares e automáticas de recursos dos Fundos Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

A NOB 01/1996 não apenas estabeleceu novas formas de financiamento, mas também definiu as responsabilidades dos gestores municipais na APS, promovendo um modelo de

atenção mais integral e orientado para a qualidade de vida das pessoas e seus ambientes. Embora não tenha explicitado o papel da ESF como estratégia de reorientação do modelo de atenção, o financiamento federal destinado a essa estratégia enfatizava ações preventivas e de promoção da saúde (Aquino *et al.*, 2023).

O período pós-implantação do PAB testemunhou mudanças significativas na cobertura da ESF em nível nacional. Porém, a adesão à ESF variou consideravelmente entre os municípios, com alguns apresentando baixas coberturas populacionais. Em paralelo ao crescimento da ESF, foram implementados instrumentos importantes para a organização da APS e dos sistemas municipais de saúde, como o Manual para Organização da Atenção Básica e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Esses mecanismos contribuíram para uma maior sistematização e avaliação das ações de saúde, envolvendo as três esferas de gestão do SUS (Aquino *et al.*, 2023).

Além disso, outras iniciativas, como os Polos de Capacitação para a Saúde da Família, o Sistema de Informação da Atenção Básica e a incorporação de profissionais de saúde bucal nas ESF, fortaleceram a infraestrutura e a qualidade dos serviços de saúde. Esses esforços foram fundamentais para a consolidação da ESF como uma estratégia central na reorganização da APS no Brasil, apesar dos desafios enfrentados em sua implementação e expansão (Aquino *et al.*, 2023).

Essa expansão da ESF como principal modelo de APS no Brasil é evidenciada pelo aumento significativo no percentual de municípios com altas coberturas de ESF entre 1998 e 2005. Esse crescimento foi mais expressivo nos municípios de menor porte populacional, refletindo uma estratégia de expansão de serviços básicos, enquanto em municípios maiores a implantação da ESF demandou a reorganização da rede básica já existente. Paralelamente, a produção científica sobre os efeitos da implantação da ESF aumentou, demonstrando melhor desempenho das eSF em comparação com unidades básicas tradicionais, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Estudos também evidenciaram o impacto positivo da ESF na redução da mortalidade infantil, principalmente em municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sugerindo uma contribuição significativa para a redução das desigualdades em saúde (Aquino *et al.*, 2023).

A primeira edição da PNAB em 2006 representou um marco fundamental na consolidação da ESF como modelo prioritário de APS no Brasil. Essa política reafirmou a Saúde da Família como estratégia substitutiva em relação à rede básica tradicional, estabelecendo diretrizes claras para a (re)organização da APS, com o município assumindo o papel de gestor do sistema local. Além disso, definiu responsabilidades, competências,

infraestrutura, recursos necessários, financiamento e processos de trabalho das equipes de saúde, delineando um modelo territorializado no qual a ESF seria a porta de entrada preferencial no sistema de saúde.

A PNAB 2006 também previu a criação de manuais e guias orientadores para operacionalizar a política, refletindo a necessidade de um novo modo de organização das práticas de saúde e a reorientação do modelo de atenção à saúde no país. Para fortalecer a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar sua resolubilidade, foram criados os NASF em 2008, compostos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, para atuar em parceria com as equipes de saúde da família no desenvolvimento de ações no território. (Brasil, 2008)

Posteriormente, em 2010, surgiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), vinculando a ampliação dos recursos federais à avaliação da qualidade da assistência prestada pelas equipes de APS. O PMAQ-AB estimulou a institucionalização da avaliação desde o nível local até os níveis da gestão do SUS, promovendo a análise de indicadores, o desenvolvimento de planos de intervenção e estratégias de apoio institucional em todas as esferas da gestão, contribuindo assim para o fortalecimento da APS e a melhoria dos indicadores de desempenho ao longo dos ciclos de avaliação (Brasil, 2015).

A PNAB de 2011 reforçou o papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esta edição definiu a organização das RAS, com a atenção básica como porta de entrada preferencial do sistema, responsável pela coordenação do cuidado. Além disso, a política incluiu novas modalidades de equipes de atenção básica para populações específicas e vulneráveis, como equipes do Consultório na Rua e equipes de Saúde da Família Fluviais. A PNAB 2011 também ampliou as ações intersetoriais, incluindo programas como o Saúde na Escola, e definiu a atenção básica como responsável pela redução de danos em usuários de álcool e outras drogas.

O Programa de Atenção Básica (PAB) variável tornou-se o maior volume de transferências federais aos municípios entre 2007 e 2016, com destaque para o custeio de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde (Massuda *et al.*, 2022). No entanto, o subfinanciamento crônico do SUS permaneceu como um desafio.

Outras iniciativas, como o e-SUS Atenção Básica, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos, foram implementadas para fortalecer a APS, principalmente em áreas carentes de profissionais (Aquino *et al.*, 2023).

O contexto internacional pós-2008, marcado pela crise global do capitalismo, gerou impactos significativos na saúde das populações e nos sistemas nacionais de saúde,

especialmente devido à implementação de políticas de austeridade fiscal que reduziram o investimento em políticas sociais, afetando os sistemas de saúde. Isso levou à proposição da Cobertura Universal de Saúde, alinhada a uma lógica mercantil, segmentando a cobertura por tipo de seguro e não garantindo a integralidade da atenção, o que aprofunda as desigualdades sociais em saúde (Giovanella *et al.*, 2019).

A PNAB de 2017, elaborada sem amplo debate, representou uma reversão no fortalecimento da ESF, desestruturando o modelo de APS integral e comunitária. A proposta introduziu equipes básicas reduzidas e flexibilizou a composição das equipes de saúde da família, comprometendo a cobertura e a qualidade dos serviços prestados (Aquino *et al.*, 2023).

A substituição do Piso de Atenção Básica pelo Programa Previne Brasil em 2019 alterou significativamente o financiamento federal da APS, rompendo com o princípio da universalidade ao condicionar os repasses de recursos à capacidade municipal de cadastramento de usuários. Além disso, a remuneração por desempenho substituiu o PMAQ, comprometendo a qualidade dos serviços.

A criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) e a instituição do Programa Médicos pelo Brasil (PMB) representaram medidas que favoreceram a participação do setor privado na prestação de serviços de APS, desconfigurando o papel do Estado na saúde pública. A descontinuidade de incentivos específicos para a ESF e a fusão das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Combate às Endemias contribuíram para o desmonte do modelo da ESF (Giovanella *et al.*, 2019).

Eventos como o impeachment de Dilma Rousseff em 2016 e a eleição de um governo de extrema direita e ultra neoliberal em 2018, o Brasil enfrentou um período de ameaça ao Estado democrático e de direito. As políticas adotadas, que incluíram desregulação do setor privado e privatização de serviços públicos como saúde e educação, além do sucateamento de empresas estatais, aprofundaram a crise social, econômica e política. As reformas trabalhista e previdenciária, juntamente com o congelamento dos gastos públicos, seguiram a linha das políticas de austeridade internacionais. A Emenda Constitucional 95, conhecida como "PEC da Morte", agravou o desfinanciamento do SUS, ameaçando sua sustentabilidade e retrocedendo nos avanços alcançados na redução das desigualdades em saúde e na melhoria do estado de saúde da população brasileira. Houve retrocessos em políticas consolidadas, como as de saúde mental e combate ao HIV/AIDS.

A operacionalização do Previne Brasil durante a pandemia da Covid-19 foi marcada por burocratização e complexidade, comprometendo a capacidade dos municípios de cadastrarem a população elegível. Essas mudanças, aliadas à descoordenação federal no enfrentamento da

pandemia de Covid-19, têm impactado negativamente a saúde da população brasileira, ampliando as desigualdades e comprometendo os avanços conquistados ao longo das décadas na construção do SUS.

4.1 ATUAÇÃO DOS GESTORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O princípio da Universalidade do SUS, conforme estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, representa um marco legal fundamental que assegura que a saúde é um direito de todos e uma responsabilidade do Estado. Esse ideal é algo a ser conquistado. É relevante destacar que a diretriz da descentralização na gestão do SUS possibilitou o fortalecimento da municipalização das ações e serviços de saúde, transferindo e compartilhando a tomada de decisão sobre a política de saúde do Ministério da Saúde para/com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Esse processo redefine as atribuições e responsabilidades de cada ente federativo na estruturação política e administrativa do sistema de saúde em seu território, seja em nível estadual ou municipal. Além disso, essa descentralização também inclui repasses financeiros que incentivam a implementação das políticas de saúde necessárias. Nesse sentido, a regionalização também se integra nesse conjunto de pilares, estabelecendo base territorial e a organização dos serviços de saúde entre si e com a população, respeitando as divisões político-administrativas do território (Teixeira *et al.*, 2023). Esses elementos têm institucionalizado a atuação e a essencial liderança da gestão municipal em saúde.

Durante os anos 1990, o SUS viu sua consolidação principalmente através da municipalização das ações e serviços de saúde, conforme delineado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB 01/91; 01/93; 01/96) em nível federal. Nos anos 2000, a Norma Operacional da Assistência em Saúde (NOAS – 2001-2002) tentou reafirmar o princípio da regionalização dos serviços de saúde, contrariando a fragmentação excessiva causada pela municipalização induzida pelas NOBs 01/93 e 01/96.

A partir de 2003, houve reflexões e debates na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que culminaram no Pacto da Saúde (Brasil, 2006a). Este pacto reiterou a importância da regionalização dos serviços e convocou gestores de todas as esferas governamentais a estabelecerem acordos colaborativos para reorganizar os serviços em bases territoriais, promovendo a formação de redes integradas que conectam a atenção básica aos serviços especializados. É notável que, durante todo esse período, especialmente a partir de 1994, ocorreu uma ampla reorganização da atenção básica com a implementação da ESF. Diversos estudos destacaram a expansão das equipes e unidades de saúde da família em todo o país, com

impactos positivos na saúde da população, especialmente nas áreas relacionadas à saúde materno-infantil (Teixeira *et al.*, 2023). Diante disso, os gestores municipais de saúde estiveram na centralidade da execução de ações e programas, destacando o forte componente de organizar e gerir a APS nos municípios. A PNAB (Brasil, 2017) disserta e aponta orientações a cerca dessa responsabilidade de cada ente federativo como também as competências dos trabalhadores da APS, indicando diretrizes e princípios para operacionalização dessa política.

Ser gestor do SUS é articular saberes e práticas de gestão para cumprir suas atribuições e funções, o que exige um conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança, planejamento e cuidado em saúde, com a necessidade de manter diálogo permanente com o controle social, comunidade, sociedade civil, com os profissionais de saúde, que são atores importantes na consolidação das práticas de saúde, bem como, com os espaços intergovernamentais para execução das políticas de saúde (Engstrom *et al.*, 2020). A pandemia da Covid-19, apresentou-se como mais que um problema sanitário, exigindo dos gestores o exercício de articulação de um conjunto de medidas que extrapolam a construção de uma agenda de contenção da cadeia de transmissão do vírus, sendo fundamental refletir qual modelo precisamos estruturar/fomentar para um sistema de saúde que tem como cerne a proteção da vida.

Na gestão do SUS, por meio do MS, é responsabilidade do governo federal a condução nacional da política de saúde, com a capacidade de criar e gerenciar regras, normativas, programas estratégicos, investimentos financeiros e a indução de políticas públicas coerentes com as diretrizes do SUS. O Brasil foi um dos países mais afetados pela emergência de Covid-19 e pesquisas indicam que a falta de uma coordenação nacional técnica e política comprometida com a ciência agravou a crise sanitária, sendo possível concluir que a condução negacionista do governo federal à época contribuiu para um número exorbitante de óbitos no país (Rosangela; Fleury; Carvalho, 2023).

Brandão, Mendonça e Sousa (2023b), apontam que o MS induzido pela agenda negacionista do presidente da república no governo passado, colocou em risco o sucesso da política de enfrentamento à pandemia em todos os municípios do país, visto que a APS está presente em todos eles, deveria ter direcionado suas ações eficientemente em defesa da preservação da vida e colaborado na promoção da saúde integral como forma de superar as desigualdades sociais que foram determinantes para excedente de óbitos por Covid-19 (Brandão; Mendonça; Sousa, 2023a). Nesta conjuntura restou à gestão de estados e municípios ativarem a vigilância, reorganizarem a atenção à saúde na centralidade da APS, fortalecendo a governança compartilhada no SUS.

5 GESTÃO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nesse contexto, cabe enfatizar que a APS se destaca como um componente estratégico para a melhoria do acesso da população às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Essa constatação tem como base um conjunto robusto de evidências de seu impacto na saúde da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde, onde são evidenciadas a existência de uma maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, melhores indicadores de saúde, maior eficiência do cuidado, utilização de práticas preventivas e a consequente diminuição das iniquidades no que tange ao acesso aos serviços e ações de saúde.

Sarti (2020), assevera que a pandemia da Covid-19, é mais que um problema sanitário, e exige a articulação de um conjunto de medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus, sendo imprescindível, pensar qual modelo social e sistema de saúde que se almeja para a proteção da vida, sobretudo a dos mais vulneráveis.

Evidências demonstram que no segundo semestre da pandemia de Covid-19 os gestores e trabalhadores da APS enfrentaram dificuldades tais como: dimensionamento populacional inadequado, instabilidade empregatícia, escassez de capacitação profissional, dificuldades no acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI), escassez de testes e insumos para diagnóstico e cuidado, problemas de comunicação com a população vinculada e baixas prevalências de manutenção dos serviços de rotina necessários à saúde individual e coletiva (Frota *et al.*, 2020). Mesmo com as diversas fragilidades de atuação das equipes que compõem a ESF, este ainda é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social, pois, visto que é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (Medina *et al.*, 2020; Abrasco, 2020).

Tendo em vista as dificuldades enfrentadas em relação ao acesso às vacinas e a medicamentos específicos, as únicas intervenções detectadas como eficazes para o controle da pandemia foram medidas de saúde pública não farmacológicas como isolamento, distanciamento social e vigilância dos casos, com o propósito de reduzir o contágio, freando a velocidade da pandemia evitando sofrimento e morte. Ao mesmo tempo, foi necessário dotar o sistema de recursos para oferecer a atenção adequada e oportuna. Lugares com uma APS bem definida conseguem ter um cenário mais bem-sucedido, com melhor controle de doença, menores taxas de internação e de mortalidades evitáveis a menor custo (Brandão; Mendonça; Sousa, 2023b).

No Brasil, as prioridades dos investimentos foram alocadas em Unidades de Terapia Intensivas (UTI), leitos hospitalares e hospitais de campanha. Isso demonstrou que a estratégia nacional no enfrentamento da pandemia foi predominantemente centrada no enfoque biomédico e hospitalocêntrico. O que revela o mau aproveitamento da infraestrutura logística capilarizada da APS, que poderia ter apoiado medidas fortemente recomendadas pela ciência como ações de vigilância por meio de testagem, rastreamento de contatos e suporte no isolamento dos casos confirmados (Medina *et al.*, 2020).

Estudos apontam que a APS não foi devidamente mobilizada para agir como polo de unificação das ações de proteção populacional e controle da propagação intradomiciliar, mas foi direcionada, em sua maioria, a realizar atividades de pronto-atendimento e encaminhamento de pacientes graves diante de uma demanda crescente de casos, os diagnósticos clínicos eram a referência para determinação do isolamento de casos e seus contatos, a prevenção em detrimento do desejo de uma precocidade no tratamento. Subutilizando as abordagens de políticas públicas de base territorial que são atributos da atuação da APS (Abrasco, 2022).

Nesse sentido, em crises que tensionam o sistema de saúde, como durante a pandemia da Covid-19, é importante destacar o papel dos profissionais e gestores da APS/ESF na mitigação da possibilidade de comunidades socialmente vulneráveis tornarem grandes focos de disseminação (Abrasco, 2020; Cunha e Giovanella, 2011).

Dados levantados recentemente evidenciam uma queda de quase 50% em consultas médicas e outros procedimentos realizados na atenção primária, ao comparar o produzido em 2020, primeiro ano da pandemia, com os anos de 2019, 2018 e 2017. Houve municípios, equipes, infelizmente exceção à maioria, que resistiram a essa paralisia. Na prática, houve uma desorientação generalizada, resultando na redução do cuidado antes dispensado aos portadores de agravos crônicos, crianças e gestantes, sem que, todavia, houvessem sido construídos novos arranjos para diagnóstico precoce, rastreamento e isolamento de suspeitos de infecção e comunicantes de coronavírus (Medina *et al.*, 2020).

Considerando a realidade social brasileira, sabe-se que os territórios prioritários para a APS são usualmente marcados por transição demográfica acelerada, situação epidemiológica de alta carga de doenças infecciosas, presença hegemônica de condições crônicas, além de uma carga importante de causas externas, como a violência (Faria, 2020).

No entanto, a resposta à pandemia também revelou a necessidade de possíveis mudanças organizacionais na gestão em saúde. O fortalecimento da APS requer não apenas investimentos em recursos humanos e infraestrutura, mas também uma revisão das práticas de gestão, incluindo a adoção de modelos mais flexíveis e adaptáveis às demandas emergentes.

Foi imperativa a reorganização dos serviços da APS, em sua maioria os casos eram leves ou assintomáticos, com orientação para isolamento domiciliar, a busca ativa de contatos e apoio à quarentena podem ser acompanhados e monitorados pelas equipes da ESF. Dessa forma, a APS no SUS precisou se reinventar, realizando vigilância, considerando novas formas de cuidado a distância por telefone, aplicativo de mensagens e visitas peridomiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE). No entanto, é perceptível que não houve recursos suficientes, tais como insumos, acesso à internet, equipamentos de proteção, acesso a testes e educação permanente para os profissionais. O planejamento e a condução desses processos de reorganização foram a rotina dos gestores municipais para lidar com a pandemia de Covid-19, uma vez que, devido à escassez de orientações técnicas, foi necessário elaborar estratégias adequadas às suas necessidades e às parcerias possíveis entre governos estaduais e outros setores da administração municipal (Giovanella *et al.*, 2022).

Os impactos da pandemia de Covid-19 resultam em demandas crescentes que incidiram na capacidade do país em coordenar políticas públicas integradas e em tempo oportuno, o que causou uma pressão expressiva em atores sociais como: governadores, prefeitos, gestores da saúde, imprensa, entre outros (Carvalho, 2022). Nesse contexto evidenciaram-se as desigualdades sociais e territoriais no acesso aos serviços de saúde, tornando ainda mais urgente a necessidade de fortalecer a atenção primária como ordenadora do cuidado no enfrentamento da pandemia. Nesse aspecto, a capacidade dos gestores municipais em gerenciar a APS foi colocada em destaque diante dos desafios que exigiam uma resposta rápida e eficaz do sistema de saúde. Eles têm um papel fundamental, por serem responsáveis por planejar, implementar e avaliar as ações de saúde no âmbito municipal.

A APS, com sua proximidade às comunidades e abordagem integral e preventiva, emergiu como uma ferramenta essencial para o enfrentamento da pandemia. Suas potencialidades, como a capacidade de realizar triagem e diagnóstico precoce, o acompanhamento de pacientes em isolamento domiciliar, a promoção de medidas preventivas e o suporte às famílias em situação de vulnerabilidade, foram amplamente reconhecidas e valorizadas (Belfort, 2021).

Sendo assim, o enfrentamento à pandemia exigiu a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), considerando a população a ser acompanhada (casos leves de Covid-19 e outros problemas de saúde); a adequada proteção dos profissionais de saúde, as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção); formação e educação

permanente dos profissionais de saúde; mapeamento de potencialidades e dificuldades de cada território; e parcerias com as organizações comunitárias (Medina *et al.*, 2020; Engstrom *et al.*, 2020).

5.1 MARCAS DA APS NA PARAÍBA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.

A Paraíba tem uma população, segundo o último censo do IBGE (2022) de 3.974.687 habitantes (três milhões novecentos e setenta e quatro mil seiscentos e oitenta e sete), distribuídos em 223 municípios. Em estudo (Menezes e Serafim, 2020) realizado por professores da Universidade Federal da Paraíba, o estado possui algumas peculiaridades em seu arranjo administrativo caracterizado por uma grande quantidade de pequenos municípios, 90% deles têm menos de 40.000 habitantes e 60% menos de 10.000 habitantes. São majoritariamente pobres, e a quase totalidade é de Índice de Desenvolvimento Humano médio ou baixo, e quase 60% dos trabalhadores estão em ocupações informais, correspondendo a 882 mil paraibanos, colocando a Paraíba com o 3º menor índice de trabalhadores com carteira assinada do Brasil em 2018. No Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica verifica-se de 4.059.177 pessoas cadastradas e vinculadas em ESF (Ministério da Saúde, 2023).

Uma pesquisa utilizou a análise espacial visualizando a expansão da pandemia de Covid-19 na Paraíba, percebeu que os casos de Covid-19 evoluíram da região metropolitana para municípios próximos à BR 230 e assim interiorizando para municípios pequenos, tendo uma concentração de casos inicialmente em cidades com alta atividades turísticas e maior flexibilização. Isso reforça a importância das medidas de distanciamento social na desaceleração da transmissão do vírus (Silva *et al.*, 2023).

O Plano Novo Normal Paraíba, foi instituído pelo Decreto nº 40.304 de 12 de junho de 2021, uma iniciativa do governo do Estado da Paraíba para enfrentar os desafios impostos pela pandemia de Covid-19. O Plano tinha como objetivo implementar e avaliar ações estratégicas de enfrentamento à pandemia. Além disso, buscou estabelecer parâmetros gerais para orientar as decisões dos gestores municipais sobre o funcionamento das atividades econômicas em todo o território estadual.

Sua implementação se deu por meio de análises quinzenais das condições epidemiológicas e estruturais do Estado. Os parâmetros incluíam avaliação do cumprimento das medidas de distanciamento social, o avanço de casos novos, a taxa de letalidade e taxa de ocupação hospitalar. Com esses dados os municípios eram estratificados em bandeiras que sinalizavam o nível de mobilidade permitidos, em uma escala de quatro níveis desde de

mobilidade normal a impedida. Para cada bandeira foram construídas recomendações para todos os segmentos econômicos. Essas recomendações preparatórias foram elaboradas com cinco diretrizes transversais que orientavam sobre distanciamento social, higiene pessoal, limpeza e higiene de ambientes, comunicação e monitoramento das condições de saúde. Tais apontamentos eram abrangentes e não havia especificação para APS, havia informações de fundamental importância na flexibilização das medidas de isolamento social e de retomada da economia dos diversos segmentos.

O Plano Novo Normal Paraíba orientou os gestores e sanitaristas sobre a importância de garantir o monitoramento efetivo dos indivíduos com sintomas gripais e de seus contatos próximos, recomendando-se veementemente a realização do exame diagnóstico de maior acurácia para Covid-19 (Secretaria de Estado da Saúde, 2021).

Evidências demonstraram que cidades com maior cobertura da APS apresentaram menores taxas de letalidade e mortalidade pela Covid-19 (Souza *et al.*, 2021), há também evidências em que foi observado uma correlação inversamente proporcional com a cobertura da APS e incidência de Covid-19 nos municípios paraibanos (Silva *et al.*, 2023). Esses dados reforçam o potencial da APS no controle da disseminação de novos casos.

Diante do exposto, é preciso identificar como a ESF e os gestores municipais da Paraíba enfrentaram a pandemia de Covid-19 em seus territórios, quais arranjos e organizações do processo de trabalho foram e são possíveis para qualificar a atenção primária. É fundamental compreender como os gestores municipais estão gerenciando a APS no contexto da pandemia de Covid-19 e seus impactos nos serviços, bem como identificar estratégias que foram eficazes para enfrentar a pandemia e fortalecer a atenção primária no contexto atual.

6 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

O embasamento teórico deste estudo foi construído mediante análise da atuação da gestão na APS frente à pandemia de Covid-19, no contexto brasileiro. Para tanto, foi conduzida uma revisão integrativa da literatura, permitindo uma compreensão mais ampla e aprofundada do tema em questão.

A resposta à pandemia também revelou a necessidade de possíveis mudanças organizacionais na gestão em saúde. O fortalecimento da APS requer não apenas investimentos em recursos humanos e infraestrutura, mas também uma revisão das práticas de gestão, incluindo a adoção de modelos mais flexíveis e adaptáveis às demandas emergentes.

Considerando o contexto, esta revisão de literatura visa investigar os impactos da pandemia de Covid-19 na gestão da saúde, particularmente na organização das ações de APS durante esse período desafiador. Este estudo se justifica pela necessidade de compreender e aprimorar as estratégias de gestão para garantir uma resposta eficaz e resiliente às crises de saúde pública.

Foram seguidas sete etapas metodológicas para elaboração do corpus documental do presente estudo. Tais etapas foram assim organizadas, em sua ordem cronológica: 1) escolha da questão norteadora (“Quais os efeitos da pandemia de Covid-19 na gestão, processo de trabalho e organização da assistência das equipes da APS?”); 2) busca nas bases de dados a partir dos descritores selecionados; 3) definição dos critérios de inclusão e de exclusão; 4) utilização do instrumento Rayyan e categorização dos achados; 5) avaliação e organização dos artigos incluídos; 6) discussão dos resultados à luz da literatura vigente com relação à temática trazida pela questão norteadora e 7) apresentação da revisão de literatura.

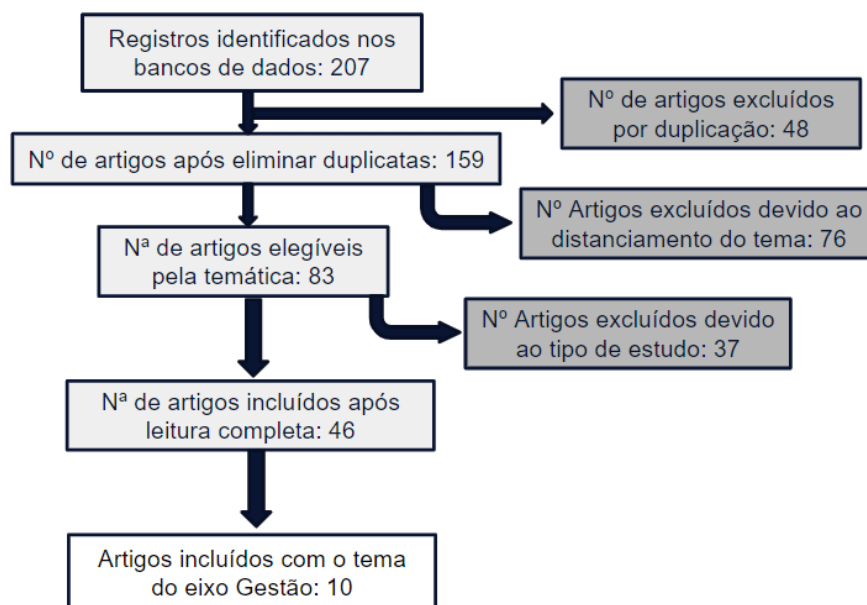
A seleção da amostra deu-se por meio do acesso às bases de pesquisa acadêmica: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e *Public Medline* (PUBMED). Foram adotados os descritores controlados combinados com operadores booleanos: ((Atenção Primária) or (Atenção Básica)) and (Covid19).

Na revisão incluíram-se artigos completos relacionados ao objeto de pesquisa, na língua portuguesa, originados de periódicos indexados nas bases de dados referidas, com o Brasil como cenário de estudo, no período de 2020 a 2022. Artigos do tipo revisão, artigos de opinião, editoriais, teses, dissertações, trabalhos monográficos ou de conclusão de curso foram excluídos da análise. A coleta dos artigos foi realizada no mês de outubro de 2022.

Para a seleção dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão, foi realizado inicialmente um processo de triagem dos títulos e resumos. Esse procedimento foi facilitado pelo uso do programa de revisão online gratuito chamado Rayyan, desenvolvido pelo Qatar Computing Research Institute (QCRI), acessível através do link: <https://rayyan.qcri.org>. O Rayyan elimina artigos duplicados e agiliza a triagem inicial, utilizando um processo semiautomatizado confiável. Além disso, incorpora um alto nível de usabilidade e eficácia no processo de revisão de literatura (Ouzzani *et al.*, 2016).

A seleção dos artigos foi feita através da categorização nos seguintes temas: processo de trabalho, assistência na APS e gestão na APS. Essa categorização buscou trabalhar nesses três temas devido ao escopo maior da pesquisa financiada pela FAPESQ-PB a qual este estudo é recorte deste projeto maior. Inicialmente, foram identificados 207 artigos através do aplicativo, dos quais 48 estavam duplicados, resultando em 159 artigos. Posteriormente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos para verificar sua adequação aos temas em questão, resultando na inclusão de 83 artigos que se aproximavam dessas categorias temáticas. Neste estágio, foram removidos os artigos cuja metodologia não se adequa ao escopo do presente estudo.

Figura 1 - Fluxograma de análise



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Desta feita, da revisão integrativa de literatura, compreenderam no corpus da construção deste trabalho apenas os artigos com interface na gestão em saúde.

6.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos artigos incluídos, 33 foram publicados em 2020, 10 em 2021 e 3 em 2022. As principais metodologias utilizadas foram entrevistas e relatos de experiência presentes em 15 artigos para cada método. A pesquisa documental foi empregada em 10 artigos, enquanto 8 utilizaram dados secundários. Houve artigos que utilizaram mais de um método. Quanto à categorização temática, foram identificados 25 artigos no eixo processo de trabalho, 16 artigos no eixo assistência na APS e 10 artigos no eixo gestão na APS. Importante esclarecer que houve artigos que foram contabilizados em mais de um eixo por possuir aspectos de mais de uma temática.

Para facilitar a visualização e compreensão dos estudos incluídos nesta revisão, foi elaborado o Quadro 1, que apresenta de forma organizada e concisa os principais aspectos de cada estudo. Este quadro permitirá uma análise comparativa dos dados e resultados obtidos em cada pesquisa. Ao fornecer uma visão panorâmica dos estudos selecionados consegue ser uma ferramenta valiosa para identificar padrões, tendências e lacunas na literatura revisada, auxiliando na formulação de conclusões e recomendações significativas.

6.1.1 Desafios e iniciativas

A magnitude da pandemia de Covid-19 impôs uma pressão sem precedentes ao SUS, demandando uma resposta coordenada, técnica e criativa de todos os níveis de atenção. A princípio, frente a ausência de coordenação intergovernamental, provocados pela falta de liderança da União, os estados e municípios foram compelidos a assumir o protagonismo na coordenação das ações de saúde e na orientação da população (Abrúcio *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a APS emerge como um espaço privilegiado para a ação coletiva, tanto na disseminação de informações e envolvimento da sociedade quanto no cuidado comunitário durante medidas de isolamento. Além disso, desempenha um papel crucial na promoção da saúde, nos cuidados iniciais e na contenção da transmissão da Covid-19. Por isso, pôde ser considerada um pilar fundamental na mobilização para enfrentar os desafios impostos (Giovanella *et al.*, 2021).

A colaboração entre as esferas estadual e municipal possibilitaria uma melhor coordenação das políticas de saúde, a alocação estratégica de recursos e a implementação ágil de medidas preventivas e de tratamento.

Uma iniciativa exemplar foi a parceria entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) para realizar o matriciamento dos municípios prioritários, visando fortalecer ainda mais o sistema de saúde local (Carvalho *et al.*, 2021).

Em sentido inverso, no estudo realizado no Norte do Brasil, em Belém do Pará (E5), os autores destacam a inabilidade existente dessa articulação. Apesar de reconhecerem que a atuação do estado assumiu o protagonismo da APS, observa-se uma falta de definição clara das estratégias de enfrentamento. E em vez disso, o foco recaiu na medicalização e na adoção de medidas hospitalocêntricas (Affonso *et al.*, 2021).

Importa destacar que a gestão do cuidado não segue uma abordagem unidirecional e não pode ser padronizada, especialmente em um país de dimensões continentais e com a diversidade de realidades existente. A exemplo disso, temos a medida sugerida de distanciamento social, posta como um pilar para o controle da disseminação do vírus, no entanto, entende-se que uma habitação inadequada, caracterizada por superlotação, falta de saneamento adequado, infestação por pragas, má ventilação ou exposição a poluentes, pode aumentar o risco de doenças infecciosas, respiratórias, alérgicas e crônicas (Cohen *et al.*, 2007).

Conforme destacado e esquematizado por Dahlgren e Whitehead (1991), a condição de habitação é parte integrante do nível do ambiente físico e social, desempenhando um papel crucial na determinação da saúde das pessoas. Ademais, esta condição está intrinsecamente interligada a uma série de fatores sociais, econômicos, comportamentais e biológicos, ressaltando a importância de políticas, estratégias e intervenções que considerem essa complexidade. Nesse contexto, a APS surge como uma peça-chave no sistema de saúde, dada sua capilaridade no território e sua capacidade de compreender e abordar as particularidades locais (Affonso *et al.*, 2021).

Para tanto, em cada município houve um esforço para desenvolver um processo de reorganização do trabalho das equipes que atuam na APS, visando elaborar e aprimorar as estratégias de cuidado de acordo com as necessidades e determinantes sociais de cada território e população (Geraldo; Farias; Sousa, 2021).

6.1.2 Medidas adotadas no enfrentamento

A disseminação rápida do SARS-CoV-2, agente causador da Covid-19, impôs a necessidade premente de implementação de medidas emergenciais visando conter a transmissão do vírus e proteger a saúde pública.

Mediante os artigos analisados nesta revisão, foram consideradas medidas relacionadas à emergente tecnologia na área da saúde, à educação permanente em saúde, à regulação territorial, à vigilância em saúde e monitoramento, à comunicação e permeabilidade e por fim, outras estratégias menos recorrentes.

Quadro 1 - Categorização dos artigos quanto ao periódico, tipo de estudo, ano, título, objetivos e principais resultados (n = 10)

Estudo	Periódico	Tipo de estudo	Ano	Título	Objetivos	Principais resultados
E1	Saúde Debate	Pesquisa Documental	2022	Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental	Analisar os documentos normativos produzidos pelo governo federal para o combate à pandemia da Covid-19 sobre a Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária.	Apoio maior à implementação de ações de detecção e notificação dos casos e contatos intramuros, em comparação com iniciativas de busca ativa na comunidade, ações educativas no território, engajamento com a comunidade, fortalecimento da adesão às medidas preventivas, melhoria do fluxo de informações e apoio aos equipamentos sociais da comunidade. Pouca ênfase foi dada à articulação da APS com as equipes de vigilância municipais.
E2	Revista Escola de Enfermagem da USP	Estudo de Caso	2022	Saúde do trabalhador, práticas integrativas e complementares na atenção básica e pandemia da COVID-19	Identificar as possíveis repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde dos trabalhadores, as estratégias de cuidado utilizadas e a oferta de Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de saúde no contexto da COVID-19.	Participaram do estudo onze profissionais de saúde do município de Registro (SP). Com base na análise das informações coletadas, emergiram quatro categorias: (1) Mudanças na rotina de trabalho causadas pela pandemia e os sentimentos gerados nos profissionais de saúde; (2) Práticas Integrativas e Complementares como estratégia de autocuidado na pandemia; (3) Oferta de Práticas Integrativas e Complementares durante a pandemia e (4) Saúde ocupacional como foco e motivador estratégico para retomada da oferta de Práticas Integrativas e Complementares no município.

E3	Trabalho, Educação e Saúde	Entrevista	2021	A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19	Analisar a gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da Covid-19 em um município da Zona da Mata de Pernambuco.	Após a realização de entrevistas semiestruturadas com sete profissionais de saúde, foram definidas três categorias: Organização do processo de trabalho, que envolveu o cancelamento de atividades grupais e marcação de consultas, além do repensar do acolhimento e da educação permanente. Tecnologias utilizadas, predominando o uso de tecnologias leves para a reorganização do cuidado. Maiores dificuldades para a gestão do cuidado, abordando desde o problema das fake news até a escassez de equipamentos de proteção individual.
E4	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	Documental	2021	Proteção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: análise dos planos de contingência das capitais brasileiras em tempos de pandemia	Analisar como a proteção da saúde dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde (ABS) é abordada nos planos de contingência das capitais brasileiras e do Distrito Federal (DF) para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.	Todas as capitais apresentaram plano de contingência, exceto São Luís, no Maranhão, região Nordeste do país. A descrição das medidas de proteção respiratória ou individual estava presente em todos os planos de contingência avaliados, diferentemente do observado para as medidas administrativas e ambientais.
E5	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Dados secundários	2021	O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará	Refletir sobre os Determinantes Sociais da Saúde na cidade de Belém (PA). Analisar a atuação da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19.	Identificação das desigualdades sociais entre os Distritos Administrativos, sem elaboração de um plano de ação para abordar os impactos da COVID-19 nas populações vulneráveis. Baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família e falta de coordenação entre município e estado contribuíram para o agravamento epidemiológico da COVID-19. Plano de contingência focou na medicalização e nas ações hospitalocêntricas, resultando na subutilização das unidades de saúde e na falta de um fluxo de cuidados coordenado para os pacientes com COVID-19.
E6	Revista Baiana	Relato de Experiência	2021	Estratégias da gestão estadual da atenção básica diante da	Apresentar a experiência da Diretoria de Atenção Básica (DAB), relativa ao desenvolvimento de estratégias com	Durante a pandemia, o uso das tecnologias de informação e comunicação se tornou essencial para facilitar a comunicação entre a gestão estadual e os

	deSaúde Pública			pandemia de COVID-19, BAHIA, 2020/2021	os municípios baianos para o enfrentamento da Covid-19	municípios. Dentre as estratégias adotadas estão as ações de apoio institucional, avaliação e monitoramento, e telessaúde.
E7	Revista Baiana de Saúde Pública	Relato de Experiência	2021	Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia: Relato do Uso em um município da Bahia	Descrever a experiência de organização dos serviços de saúde, por meio da utilização do Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde, em um município de pequeno porte da Macrorregião de Saúde Centro-Norte.	Elaboração e implementação de fluxos, instrumentos de acompanhamento de pacientes com condições crônicas, fichas de compartilhamento de referência e contrarreferência, Documento Orientador de Telemonitoramento, entre outros.
E8	Revista Baiana de Saúde Pública	Estudo de Caso	2021	Contribuições do programa Mais Médicos no enfrentamento da Pandemia de COVID-19 na Bahia	Relatar o processo de elaboração e implementação de tal curso no formato de um relato de experiência da execução.	Capacitação de 365 médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e apoiadores da Atenção Básica (AB) do estado da Bahia, os quais ampliaram as ações para os 417 municípios do estado. As contribuições do PMM no contexto da pandemia da COVID-19 na Bahia têm sido significativas, visando qualificar profissionalmente e aperfeiçoar os serviços da AB no atendimento à população.
E9	Revista de APS	Relato de Experiência	2020	Implicações da gestão em atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19	Relatar a experiência da gestão de contingência em atenção primária em saúde (APS) diante da pandemia da COVID-19.	Ações e medidas adotadas na área de gestão da APS como plano de contingência e monitoramento de casos vêm contribuindo nas atividades de enfrentamento da pandemia no Brasil, com base em ações coordenadas de saúde e nas atividades profissionais das equipes.
E10	Ciência & Saúde Coletiva	Relato de Experiência	2021	O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira	Apresentar as ações realizadas por um serviço nacional de telessaúde no Brasil, tanto no suporte aos profissionais de saúde da APS quanto a pacientes, além de discutir o potencial de reorganizar um sistema de saúde.	Aumento significativo (76,8%) na demanda de teleconsultorias telefônicas durante o período avaliado em comparação com o mesmo período em 2019. Cerca de 28,8% da demanda total de teleconsultorias telefônicas foi relacionada a dúvidas sobre a COVID-19. Reorganização rápida do serviço de telessaúde para responder à pandemia, incluindo a criação de materiais

						sobre a doença, formação de uma nova equipe para atividades de telemonitoramento e teleconsultas, e elaboração de um manual para teleconsultas na Atenção Primária à Saúde.
--	--	--	--	--	--	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Foi identificado a presença de ações estruturais e ambientais (E8), em especial na ampliação e estruturação dos leitos nos hospitais já existentes, construção de hospitais de campanha, centro de testagem ou triagem e a compra de materiais hospitalares. (Souza *et al.*, 2021)

Carvalho *et al.*, (2021), verificaram o estabelecimento de comitês de crise, em especial no uso do Apoio Institucional (AI) com a finalidade de apoiar os gestores. Seu funcionamento se dá numa perspectiva de cogestão e visa promover uma maior democratização dentro do SUS. Isto é, uma forma de administração, organizada localmente em nove equipes de referência para as macrorregiões de saúde do estado da Bahia, que busca democratizar e tornar públicos os processos de gestão e tomada de decisões, reformulando os modelos de gestão centralizados e autoritários, respeitando a regionalização da saúde e suas particularidades. Baseia-se na tomada de decisões por meio de análise e discussão coletiva, incentivando a autonomia de indivíduos e grupos e reconhecendo as particularidades locais e regionais, bem como as diferenças individuais e coletivas presentes nas interações entre as pessoas. (Bahia, 2013)

Pereira *et al.* (2022) revelaram que a pandemia afetou a saúde mental dos trabalhadores (E2), levando à busca de estratégias de cuidado, como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), oferecidas pelos profissionais aos colegas devido à interrupção na sua disponibilidade para a população. Os desafios enfrentados destacaram a importância do autocuidado, resgatando a discussão sobre a saúde do trabalhador.

6.1.3 A incorporação de tecnologia

A telessaúde, telemedicina ou teleatendimento, mencionados em alguns estudos analisados (E6, E7 e E10) representada pela utilização de tecnologias de informação e comunicação (TICs) para fornecer serviços de saúde à distância, assume um papel central. O que anteriormente era subutilizado e visto como um serviço de apoio agora ganha destaque, necessitando até mesmo de legalização por meio de legislação específica. No Brasil, a Lei nº 13.989, de 13 de abril de 2020, estabelece a definição e autoriza o uso da telemedicina, enquanto durar a pandemia. A saber, posteriormente revogada, e adicionada à Lei 8080/90, na forma de que “Os atos do profissional de saúde, quando praticados na modalidade telessaúde, terão validade em todo o território nacional.” (Carvalho *et al.*, 2021; Cerqueira, Pinheiro, 2021; Silva *et al.*, 2021a; Brasil, 2020b; Brasil, 1990).

Silva *et al.* (2021a) (E10), destaca-se a análise de um serviço nacional de telessaúde no Brasil, que visa oferecer suporte tanto aos profissionais de saúde da APS quanto aos pacientes.

Além disso, discute-se o potencial de reorganização do sistema ao considerar a importância de disponibilizar informações em todos os pontos de cuidado, em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde de 2016 (Silva *et al*, 2021a).

Essa iniciativa permitiria a coordenação eficiente de diversas atividades, como consultorias, consultas, monitoramento, diagnóstico e educação, por meio da tecnologia. Entre os benefícios esperados, destacam-se a racionalização dos gastos com saúde através da redução de encaminhamentos desnecessários e a diminuição da necessidade de circulação física das pessoas (Carvalho *et al.*, 2021; Silva *et al*, 2021a).

Nesse mesmo contexto, também foi destacada a importância da teleeducação, uma iniciativa implementada no estado da Bahia. Essa iniciativa engloba uma variedade de recursos, como *web* aulas, palestras, *podcasts*, cursos *online* e materiais informativos virtuais, incluindo cartilhas, manuais, guias e "perguntas da semana". Esses recursos são disponibilizados através das redes sociais e do *site* oficial da Secretaria de Saúde, ampliando o acesso à informação e promovendo a educação em saúde de forma acessível e abrangente. (Carvalho *et al.*, 2021)

6.1.4 Educação Permanente em Saúde

No Brasil, em 2003, foi implementada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS . Esta política foi oficializada pela publicação da Portaria GM/MS nº 198 em 2004, seguida pela Portaria GM/MS nº 1.996 em 2007 (PORTARIA GM/MS nº 198, 2004; PORTARIA GM/MS nº 1996, 2007).

A PNEPS foi estabelecida para atender aos princípios da Lei reguladora nº 8.080/90, instituindo conexões entre ensino e serviço, docência e atenção à saúde, formação e gestão. Além disso, visa promover o desenvolvimento institucional e o controle social no campo da saúde no Brasil, fomentando a integração entre os profissionais envolvidos no processo de cuidado e incentivando a reflexão e análise da produção de saúde (Brasil, 1990).

Partindo desse princípio, nos estudos analisados verifica-se uma crescente aproximação da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de enfrentamento da pandemia. Por meio dessa abordagem, tanto os profissionais da gestão quanto os da assistência podem ser capacitados e desempenharem o papel de multiplicadores do conhecimento. Essa iniciativa visa não apenas fortalecer as habilidades e competências dos profissionais de saúde, mas também

promover uma cultura de aprendizado contínuo e adaptável, essencial para enfrentar os desafios em constante evolução no campo da saúde pública.

Em concordância, Souza *et al* (2021) traz um estudo de caso em que foi desenvolvido um curso de “Manejo Clínico da Covid-19”, ofertado para médicos do PMM na modalidade de Educação à Distância (EAD), no qual havia instruções referentes aos protocolos de atendimento ao paciente com suspeita ou diagnóstico de Covid-19 na atenção básica para médicos atuantes nesse serviço, facilitando o processo de trabalho e norteando as práticas de atendimento. Portanto, resultou em favoráveis desfechos, fomentando importante qualificação e apoio no âmbito do PMM no estado da Bahia (Souza *et al.*, 2021).

6.1.5 Regulação Territorial

A regulação territorial emergiu como um ponto forte durante a pandemia da Covid-19 devido à necessidade de implementar medidas de controle para mitigar a propagação do vírus. O isolamento social, o distanciamento social e o fechamento das escolas foram algumas das estratégias adotadas para reduzir o contato entre as pessoas e, conseqüentemente, diminuir a disseminação do vírus. Essas medidas foram fundamentais para evitar aglomerações e interromper as cadeias de transmissão.

Rogério *et al.* (2021) trouxe a análise dos planos de contingência adotados pelas capitais brasileiras durante a pandemia, destacando medidas de controle ambiental, como determinação ao menos um espaço para atendimento exclusivo de sintomas gripais, bem como salas e consultório arejados; e medidas de proteção individual, como as orientações para uso correto das máscaras N95/PFF2 para profissionais de saúde. Observaram que, em agosto de 2020, apenas São Luís do Maranhão não possuía um plano de contingência ativo.

6.1.6 Vigilância em saúde e monitoramento

Durante a pandemia de Covid-19, a importância da Vigilância em Saúde (VS) se tornou mais evidente. Sendo um processo de organização das práticas que articula a promoção da saúde, a prevenção, o controle de riscos e o cuidado oportuno possibilitando uma resposta eficaz às emergências de saúde pública (Silva, Vieira da Silva, 2018).

Medina *et al.* (2020) propõem ações de intervenção pelas equipes da APS, com o objetivo de bloquear e reduzir o risco de expansão da Covid-19. Essas ações incluem a

articulação com a VS dos municípios, estabelecendo fluxos de informação e aprimorando a qualidade das atividades desenvolvidas.

Patiño-Escarcina e Medina (2022) realizaram uma análise de documentos normativos publicados pelo governo federal (E1), revelando que há uma priorização significativa na implementação de ações de detecção e notificação de casos e contatos dentro de instituições, em detrimento da busca ativa na comunidade, iniciativas educativas no território, engajamento comunitário, promoção da adesão a medidas preventivas, melhoria do fluxo de informações e apoio a equipamentos sociais locais. Essa constatação ressalta a urgência em fortalecer a VS em todo o país.

Quanto as ações de avaliação e monitoramento, Carvalho *et al.* (2021) (E6) explanam a produção de “Cadernos”, de modo a implementar e institucionalizar a oferta de indicadores que subsidiem as ações de saúde nos diversos recortes territoriais (municipal, regional, macrorregional ou estadual).

Referente ao estudo de Belarmino *et al.* (2020) (E9), este apresenta a experiência de um município no Ceará, onde a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implantou a Central de Monitoramento dos Casos Suspeitos e Confirmados da Covid-19 (CM-Covid-19). Essa central foi composta por uma equipe multiprofissional responsável por realizar o acompanhamento diário das notificações por meio de ligações e mensagens de texto. Os casos foram classificados na planilha de acompanhamento municipal, gerando um dashboard que distribui os casos em categorias como confirmados, suspeitos, retirados ou fora dos critérios. Essa abordagem permitiu que a central acompanhasse de perto a evolução clínica dos casos e tomasse as medidas necessárias de forma eficiente.

Tudo isso afetou diretamente aspectos intrínsecos da gestão, exigindo recursos adicionais, capacitação de pessoal e adoção de tecnologias (E1, E3, E6, E10) para coleta e análise de dados em tempo real (Patiño-Escarcina, Medina, 2022; Silva *et al.*, 2021b; Carvalho *et al.*, 2021, Silva *et al.*, 2021a).

6.1.7 Comunicação e permeabilidade

Outro aspecto comum observado na presente revisão, identificado em três estudos (E7, E8 e E10), foi a elaboração e implementação de guias oficiais contendo orientações para o enfrentamento da pandemia. Esses documentos apresentam benefícios significativos, incluindo a orientação tanto para a população quanto para os profissionais de saúde, a padronização das ações de acordo com as particularidades do contexto local e a capacitação contínua dos

profissionais, contribuindo assim para a fomentação da educação continuada (Cerqueira, Pinheiro, 2021; Souza *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021a).

Nesse sentido, corrobora o dito por Facchini (2020) que ressalta a importância de implementar um conjunto abrangente de intervenções na APS, destacando a ampliação da educação permanente como essencial para garantir a continuidade das atividades no território onde atuam.

A importância do acesso aos documentos oficiais ganha destaque, uma vez que boa parte dos estudos analisados (E1, E4 e E5) utilizaram fontes documentais para análise, direta ou indireta, e todas obtidas virtualmente por meio de sites oficiais. Isso ressalta a necessidade crucial de que as páginas de gestão de saúde, independentemente da esfera governamental, estejam atualizadas e sirvam como fonte de transparência e comunicação aberta com toda a sociedade (Patiño-Escarcina, Medina, 2022; Rogério *et al.*, 2021; Affonso *et al.*, 2021).

6.1.8 Considerações da revisão de literatura

Diante da análise realizada, fica evidente que a pandemia da Covid-19 trouxe impactos significativos para a gestão de saúde no âmbito da APS. Emergindo como um espaço privilegiado para a ação coletiva, desempenhou um papel crucial na disseminação de informações, no envolvimento da sociedade e no cuidado comunitário durante as medidas de isolamento. No entanto, os desafios enfrentados também destacaram a necessidade de uma coordenação mais efetiva entre as esferas estadual e municipal, visando uma melhor alocação de recursos e uma implementação mais ágil de medidas preventivas e de tratamento.

A inserção da tecnologia, a promoção da educação permanente em saúde, a regulação territorial, a vigilância em saúde e monitoramento, a comunicação e permeabilidade, bem como outras estratégias emergentes, demonstram a busca por soluções inovadoras e adaptáveis para enfrentar os desafios impostos pela pandemia. No entanto, a complexidade e diversidade das realidades locais exigem uma abordagem multifacetada e flexível, destacando a importância da APS como uma peça-chave no sistema de saúde, capaz de compreender e abordar as particularidades de cada território e população.

Uma limitação do presente estudo é o recorte temporal abrangente das diferentes ondas da Covid -19, não tendo sido realizado de forma cronológica. Em vez disso, foram extraídos os principais achados sobre os efeitos da pandemia na gestão em saúde. Portanto, ressalta-se a importância de futuras pesquisas que sigam uma linha do tempo para uma compreensão mais

aprofundada desses aspectos, contribuindo assim para informar políticas e práticas futuras de maneira mais precisa e eficaz.

7 METODOLOGIA

O estudo aqui descrito apresenta um recorte dos resultados do projeto de pesquisa intitulado: “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”, selecionado no Edital Universal nº 009/21 da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ-PB) sendo aprovado para receber financiamento através do Termo de Outorga - 3051/2021. Desenvolvido em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba e com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba.

O projeto selecionado pela FAPESQ-PB está vinculado a pesquisa nacional “Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família na Pandemia de Covid-19”, que consistiu em um inquérito nacional, através de um *survey* eletrônico, produzido com base nos protocolos publicados em 2020 pela Secretaria de APS do MS por ocasião da pandemia Covid-19. O público alvo da pesquisa nacional abrangeu os profissionais das ESF, em atuação presencial ou remota, no contexto da pandemia de Covid-19: enfermeiras/os, médicas/os, cirurgiãs/ões dentistas, técnicas/os de enfermagem e saúde bucal, ACS e profissionais dos NASF, além de profissionais residentes e docentes das residências médicas e multiprofissionais em saúde, que estavam compondo a ESF, devido sua atuação formativa no período da pandemia.

O projeto “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia de Covid-19: desafios e possibilidade na construção de uma agenda estratégica”, está compostos em fases e seu percurso metodológico são: fase da revisão de literatura e análise documental, de questionários para gestores da APS e questionário para equipes de Saúde da Família, de Grupos Focais com trabalhadores da gestão municipal e estadual de saúde do estado da Paraíba. O recorte apresentado é resultado da consolidação das respostas do questionário dos gestores da APS.

7.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa consiste em um estudo transversal exploratório de caráter descritivo e analítico. A pesquisa tem abordagens que se integram, utilizando abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa, em conformidade com os objetivos (Menezes; Serafim, 2020). Caracterizando-se como um estudo exploratório-descritivo, que permite desvelar processos pouco conhecidos, construir novas abordagens, revisão e criação de conceitos e categorias durante a investigação, podendo também ser utilizada para elaboração de novas hipóteses,

indicadores, variáveis e tipologias (Gil., 2002). Consistiu em levantamento de dados primários, coletados por meio de um censo estadual, através de um *survey* eletrônico. Outrossim, foi realizada uma revisão de literatura.

7.2 SUJEITOS DA PESQUISA

O público-alvo desta fase da pesquisa o qual os resultados aqui estão apresentados foram os(as) secretários (as) e coordenadores da Atenção Primária, atuantes na gestão municipal da saúde de todos os municípios paraibanos, no período de agosto de 2023 até janeiro de 2024. Como critérios de inclusão os participantes precisam atuar como coordenador/a da APS ou secretário/a municipal de saúde de municípios paraibanos e aceitar participar da pesquisa após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

7.3 CENÁRIO DA PESQUISA

O estado da Paraíba, estado que compõe a região Nordeste do Brasil, possui 223 municípios, divididos em três macrorregiões de saúde, a saber: 1ª Macrorregião é composta pela 1ª Região de Saúde (sede no município de João Pessoa), 2ª Região de Saúde (sede em Guarabira), 12ª Região de Saúde (sede em Itabaiana) e 14ª Região de Saúde (sede em Mamanguape); 2ª Macrorregião é composta pela 3ª Região de Saúde (sede em Esperança), 4ª Região de Saúde (sede em Cuité), 5ª Região de Saúde (sede em Monteiro), 15ª Região de Saúde (sede em Queimadas) e 16ª Região de Saúde (sede em Campina Grande) e a 3ª Macrorregião composta por 6ª Região de Saúde (sede em Patos), 7ª Região de Saúde (sede em Piancó), 8ª Região de Saúde (sede em Catolé do Rocha), 9ª Região de Saúde (sede em Cajazeiras), 10ª Região de Saúde (sede em Sousa), 11ª Região de Saúde (sede em Princesa Isabel) e 13ª Região de Saúde (sede em Pombal).

7.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizado uma revisão de literatura, fundamentada no estudo exploratório-descritivo e bibliográfico, a qual, a partir da identificação, localização e compilação dos dados escritos em artigos de revistas especializadas por meio do cumprimento de seis etapas metodológicas para elaboração do corpus documental da presente pesquisa.

Revisão de literatura: As etapas foram organizadas, em sua ordem cronológica: 1) escolha da questão norteadora; 2) busca na literatura a partir dos descritores selecionados; 3) definição dos critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra e em língua portuguesa nos últimos 2 anos de publicação; conter a temática pelo menos um dos descritores a serem selecionados e responder à pergunta norteadora. Foram excluídos os artigos de revisão de literatura, tese, dissertação, trabalho monográfico ou de conclusão de curso. O capítulo 6 é o produto da revisão de literatura.

Questionário: A escolha pelo questionário se deu por apresentar a vantagem de poder ser preenchido sem o pesquisador, alcançar o maior número de pessoas e seu envio ser possível por meio eletrônico, o que proporcionou a coleta de informações nas 16 regiões de saúde do estado da Paraíba.

O questionário (Apêndice A) foi elaborado tendo como base inicial o questionário construído pela pesquisa desenvolvida pela Fiocruz, que apresenta elementos existentes nos três protocolos publicados em 2020 pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde por ocasião da Pandemia Covid-19, são eles: a) Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2020c); b) Procedimentos Operacionais Padrão para a Covid-19 na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2020d) e c) as recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2020e), que respectivamente orientam a reorganização do processo de trabalho das equipes e as práticas no manejo da Covid-19. A construção do questionário utilizado para este estudo foi desenvolvida pelos pesquisadores considerando análise dos documentos e revisão de literatura (estudo da arte) que compreenderam outras etapas da pesquisa da FAPESQ-PB, sendo aplicado aos gestores municipais paraibanos, secretárias (os) e coordenadores da atenção primária.

Diante disto, a composição do instrumento que buscou identificar elementos dos seguintes aspectos:

- a) o perfil profissional dos gestores;
- b) a percepção e experiência sobre os desafios, potenciais e a importância da atenção primária como ordenadora do cuidado no enfrentamento da pandemia da Covid-19;
- c) o uso de estratégias implementadas pela gestão municipal no enfrentamento a pandemia;
- d) os atores estratégicos no apoio a agenda de enfrentamento à pandemia em âmbito loco-regional e nacional;

O instrumento é composto de questões de múltipla escolha, com opções de respostas binárias e escala (*Likert*) com cinco opções alternativas, podendo, em alguns casos haver a

opção discursiva. A maioria das questões incluiu-se as alternativas de resposta “outro” ou “não sei responder” e eventualmente foi inserido opção discursiva para detalhamento opcional da resposta “outro”. O questionário (Apêndice A) contém 38 questões, o conjunto de questões do *survey* foram organizadas de acordo com eixos que intencionalmente puderam demarcar aspectos temporais para as respostas, a saber os eixos foram:

- Perfil do gestor
- Eixo 1- Caracterização do município
- Eixo 2- Questões sobre período de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional devido a pandemia de Covid-19
- Eixo 3- Questões sobre período após o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional devido a pandemia de Covid-19

Conforme destacado, esse conjunto de tópicos direcionou a construção do instrumento de *Survey* online, elaborado através da plataforma *Survey Monkey*, as questões eram precedidas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo todos os aspectos éticos conforme a resolução 466/2012 e do OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021 do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2023 a janeiro de 2024. Para contactar os(as) gestores foram realizadas parcerias com os Apoiadores Institucionais da Escola de Saúde Pública da SES-PB e Apoiadores da Rede Colaborativa do COSEMS-PB que divulgaram os questionários por e-mails e/ou redes sociais com gestores/as das 16 Regiões de Saúde da Paraíba.

7.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados referentes às respostas do questionário foram analisados por meio de frequência simples e apresentados em tabelas, contendo as frequências absolutas e relativas para um grupo de variáveis, extraídas das perguntas do questionário, utilizando o aplicativo Microsoft Excel.

No que tange aos procedimentos e análises da revisão de literatura, utilizamos como técnica a análise de conteúdo de Bardin (2016), para o tratamento dos documentos encontrados. O método de Análise de Conteúdo, conforme o autor, com leitura flutuante, classificação e ordenação das expressões captadas por meio dos temas dos artigos encontrados na revisão de

literatura, permitindo inferir novos conhecimentos e reflexões sobre o objeto de estudo da pesquisa.

7.6 ASPECTOS ÉTICOS

A equipe de pesquisa iniciou a etapa de aplicação de questionários após apreciação e aprovação deste projeto de pesquisa pelo Sistema CEP/CONEP, sendo que, caso seja necessária aprovação da CONEP todos os documentos relativos à pesquisa foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba sediado pela Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba, sendo aprovado sob CAAE:70542023.8.0000.5186 e número de parecer: 6.166.741.

8 RESULTADOS DA PESQUISA

Nesta sessão os resultados serão apresentados em categorias, por meio da consolidação do agrupamento de respostas. Inicialmente será apresentado um perfil sociodemográfico dos participantes. Em seguida, será apontado aspectos da caracterização da APS nos municípios em que os participantes atuam. Na sequência, tópicos relacionados aos desafios, potencialidades e experiências da APS no contexto da pandemia de Covid-19. Segue-se apresentando os resultados abordando as estratégias que foram utilizadas pela gestão municipal, e encerra destacando os atores estratégicos que foram importantes no fortalecimento a APS no território.

8.1 PERFIL DAS(OS) GESTORAS(OS)

O recorte apresentado neste estudo contou com 222 respondentes de 222 municípios paraibanos, apenas 1 município se recusou a participar. Em sua expressiva maioria mulheres, representando 77,93% das respostas, com faixa etária de 29 a 39 anos (45,50%). Em relação a raça/cor/etnia grande parte se autodeclararam pardas (50,00%) e brancas (42,79%). Em relação a titularidade acadêmica, 47,75% declararam possuir especialização completa e verificou-se uma forte concentração de profissionais da enfermagem (47,29%).

Em relação ao gênero, 173 (77,93%) respondentes como mulheres cis (que seu gênero coincide com o sexo lhe atribuído ao nascer), 44 (19,82%) homem cis (que seu gênero coincide com o sexo que lhe foi atribuído ao nascer), 2 homens trans (que gênero não coincide com o sexo que lhe foi atribuído ao nascer) e 2 intersexos. Em relação a idade observa-se que 101(45,50%) respondentes informaram ter entre 29 e 39 anos, 65 (29,28%) entre 40 e 50 anos, 28(12,61%) entre 50 e 60 anos, 20 (9,01%) entre 18 e 28 anos e 8 (3,60%) mais de 60 anos. A metade de todos os gestores se autodeclararam da cor parda correspondendo a 111(50%) respondentes, 95(43,79%) da cor branca, 11(4,95%) da cor preta, 3 (1,35%) da cor amarela e 2 (0,90%) como indígena.

Sobre o nível de escolaridade 106 (47,75%) afirmaram possuir especialização completa, 76 (34,23%) possuir graduação completa, 11 (4,95%) participantes responderam ter graduação incompleta, outros 11(4,95%) possuir ensino médio completo, também 11 (4,95%) respondentes ter mestrado completo, 5 (2,25%) mestrado incompleto e 2 (0,90%) possuir doutorado incompleto. Ao serem questionados sobre a realização de pós-graduação nas áreas de Gestão em Saúde, Saúde Coletiva ou Saúde da Família/APS, a grande maioria, correspondendo a 119 gestores (53,60%), afirmou não possuir nenhuma especialização. Por

outro lado, 100 gestores (45,05%) indicaram possuir alguma especialização nas áreas mencionadas, enquanto apenas 7 gestores (3,15%) possuem um nível de especialização de mestrado.

No Quadro 2 verifica-se que dos gestores respondentes 74 (33,33%) afirmam possuir mais de 10 anos de experiência de gestão do SUS, 67 (30,18%) apresentam entre 2 a 5 anos, 53 (23,87%) de 5 a 10 anos de experiência e apenas 28 (12,61%) informaram ter menos 2 anos. Destacando que em 127 municípios possuem gestores com mais de 5 anos de experiência em gestão no SUS, perfazendo um total de 57,20%. Importante ressaltar que os participantes que responderam ter menos de 2 anos de experiência na gestão do SUS configuram uma limitação do estudo, considerando que estes sujeitos não vivenciaram os períodos críticos da pandemia de Covid-19.

Em relação a profissão houve forte concentração de profissionais da enfermagem, representando 105 (47,29%) dos gestores. Dos/as participantes 57,66% eram Coordenadores/as da APS e 42,34% eram Secretários/as Municipais de Saúde como pode ser observado no Quadro 7.

Os resultados do presente trabalho se aproximam dos achados em estudo realizado por Batista *et al.* (2023) que analisou perfil de secretários/as municipais de saúde da Paraíba, identificando uma grande maioria de mulheres, em sua maioria de cor parda, de faixa etária de 31 a 50 anos e com formação em nível superior, com especialização concluída, com experiências prévias na gestão do SUS.

Tabela 1 – Perfil das/os gestoras/os municipais de saúde de municípios paraibanos participantes da pesquisa (ago. 2023 a jan. 2024).

Gênero:	%	n
Mulher Cis	77.93%	173
Mulher Trans	0.45%	1
Homem Cis	19.82%	44
Homem Trans	0.90%	2
Intersexo	0.90%	2
Cor ou raça/etnia:	%	n
Branca	42.79%	95
Preta	4.95%	11
Amarela	1.35%	3
Parda	50.00%	111
Indígena	0.90%	2
Faixa etária:	%	n
De 18 a 28	9.01%	20
De 29 a 39	45.50%	101

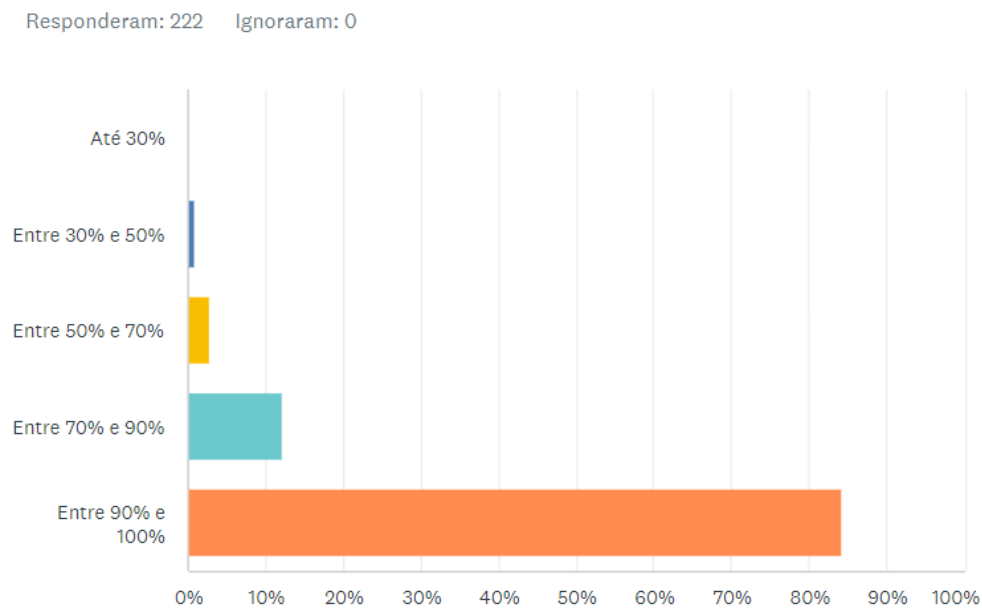
De 40 a 50	29.28%	65
De 50 a 60	12.61%	28
Mais de 60	3.60%	8
Nível de Escolaridade	%	n
Ensino médio completo	4.95%	11
Graduação Incompleta	4.95%	11
Graduação completo	34.23%	76
Especialização Completa	47.75%	106
Mestrado Incompleto	2.25%	5
Mestrado Completo	4.95%	11
Doutorado Incompleto	0.90%	2
Pós-graduação em Gestão em Saúde, Saúde Coletiva ou Saúde da Família/APS	%	n
Não	53.60%	119
Especialização	45.05%	100
Mestrado	3.15%	7
Tempo de experiência em gestão do SUS	%	n
Menos de 2	12.61%	28
De 2 a 5 anos	30.18%	67
De 5 a 10 anos	23.87%	53
Mais de 10 anos	33.33%	74
Cargo atual na gestão municipal da saúde	%	n
Secretário(a) Municipal de Saúde	42.34%	94
Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde/APS	57.66%	128

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

8.2 CARACTERIZAÇÃO DA APS DOS MUNICÍPIOS PARAIBANOS

Do total de respondentes, 187 (84,23%) gestores informaram que seus municípios possuem uma cobertura populacional da APS entre 90% a 100%, se destaca que 2 (0,90%) municípios com cobertura entre 30% a 50%, o que não é verificado pelo Painel de Indicadores da APS, até 2020 apenas um município com menos de 70% cobertura. Nesse Painel o estado da Paraíba aparece com 91,84% de cobertura.

Gráfico 1 – Cobertura populacional da APS informada por gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).



Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2021).

Os gestores participantes do estudo indicam que 103 (46,40%) responderam que possuem uma até três equipes de Saúde da Família, 54 (24,32%) afirmam entre três e seis, 40 (18,02%) entre seis e dez e acima de 10 equipes de Saúde da Família por 25 (11,26%) respondentes, como pode ser constatado no Gráfico 9. Percebe-se que há predominância de municípios com poucas equipes, isso se dá devido ao fato da maioria dos municípios paraibanos serem de pequeno porte. No total, a Paraíba, apresenta 1555 (SAPS/MS, 2023) equipes na APS (Equipe de Atenção Primária e Equipe de Saúde da Família) distribuídas nos 223 municípios.

Tabela 2 – Quantidade de ESF informada por gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. a set. 2023).

Quantidade de ESF	Respostas (%)
Entre uma e três	103(46,40)
Entre três e seis	54(24,32%)
Entre seis e dez	40(18,02)
Acima de 10	25(11,26%)
Total	222

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Da existência de Equipes Multiprofissionais (eMulti) da APS nos municípios paraibanos, 172 (77,48%) gestores informam ter entre um e três equipes de eMulti, 40(18,02%) indicam não ter eMulti, 9 (4,05%) afirmam ter entre três e seis equipes e apenas 1(0,45%) município acima de dez. Com a criação do Programa Previne Brasil que definiu um novo modelo da APS foi verificado um desfinanciamento das equipes do Núcleo Apoio à Saúde da Família que correspondem atualmente ao modelo de equipes da eMulti.

Tabela 3 – Quantidade de eMulti informada por gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

Quantidade de eMulti	Respostas (%)
Entre uma e três	172(77,48%)
Entre três e seis	9(4.05%)
Entre seis e dez	(0)0.00%
Acima de 10	1(0.45%)
Nenhuma	40(18.02%)
Total	222

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Tabela 4 – Carência de profissionais na APS segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

Municípios com carência de profissionais na APS por categoria	Respostas (%)
Sem carência de profissionais	167 (75,23%)
Enfermeiro	7 (3,15%)
Médico	29 (13,06%)
Cirurgião dentista	6 (2,70%)
Agente de Combate de Endemias	14 (6,31%)
Técnico de Enfermagem	8 (3,60%)
Técnico de Saúde Bucal	10(4,50%)
Agente Comunitário de Saúde	21 (9,46%)
Total	222

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

8.3 ATUAÇÃO, EXPERIÊNCIAS, DESAFIOS, POTENCIAIS E A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DO CUIDADO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Na Tabela 5 apresenta-se os resultados sobre o retorno de atividades de rotina da APS após término do período crítico da Pandemia de Covid-19, observamos que a maioria das atividades elencadas já retornaram plenamente, principalmente as demandas espontâneas que não têm relação com a Covid-19 em 66% informaram a retomada plenamente. Observa-se a fragilidade nas ações de promoção de saúde mental e os grupos terapêuticos em que apenas, respectivamente, 38,74% e 33,78% indicam que essas atividades já retornaram plenamente. Destaca-se que, neste estudo, as ações da APS que tiveram algum impacto apresentando graus de dificuldade em sua retomada foram atividades coletivas, predominantemente, as ações de promoção da saúde, os grupos terapêuticos, as atividades intersetoriais e as atividades de participação comunitária.

Tabela 5 – Grau de retorno das ações da APS após período crítico da pandemia de Covid-19 segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

Ações da APS	Retornado plenamente	Retornado com pouca dificuldade	Retornado com média dificuldade	Retornado com muita dificuldade	Não retomado
Seguimento de pessoas com agravos na saúde mental	41,44%	20,27%	24,77%	13,51%	0,00%
Promoção da saúde mental	38,74%	22,07%	26,58%	12,61%	0,00%
Puericultura	53,60%	22,52%	16,67%	7,21%	0,00%
Saúde Bucal	57,66%	21,17%	13,96%	7,21%	0,00%
Visita Domiciliar	59,46%	17,12%	15,77%	7,66%	0,00%
Atenção à demanda espontânea (não Covid-19)	66,22%	17,57%	13,06%	3,15%	0,00%
Vigilância às doenças infectocontagiosas do território (Hanseníase, Tuberculose e ISTs)	58,11%	21,62%	14,86%	4,50%	0,90%
Ações educativas individuais para promoção da saúde em geral	56,76%	19,37%	18,02%	5,41%	0,45%
Atividades de participação comunitária (promoção da saúde)	49,10%	20,72%	21,17%	8,56%	0,45%
Grupos terapêuticos	33,78%	20,27%	25,23%	14,41%	6,31%

Atividades intersetoriais	43,69%	25,68%	21,62%	8,11%	0,90%
Ações de educação permanente abordando temas vinculados às síndromes gripais, arboviroses e problemas de saúde prevalentes	50,45%	23,42%	20,27%	5,41%	0,45%
Monitoramento e acompanhamento de casos confirmados e suspeitos de Covid-19	53,15%	23,42%	18,47%	4,05%	0,90%
Serviço de reabilitação pós-Covid-19.	43,69%	26,13%	18,47%	8,11%	3,60%

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Tabela 6 – Medidas realizadas pela gestão municipal no enfrentamento à pandemia de Covid-19 segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

	SIM	NÃO	TOTAL
Criação de Comissão ou Gabinete de Gestão de Crise na gestão municipal	77.93% 173	22.07% 49	222
Elaboração Plano de Contingenciamento	93.24% 207	6.76% 15	222
Decreto para Lockdown	81.53% 181	18.47% 41	222
Instalação de barreira sanitária na entrada da cidade	91.89% 204	8.11% 18	222
Multa para descumprimento de Lockdown	47.30% 105	52.70% 117	222
Desinfecção de ruas e lugares públicos	97.75% 217	2.25% 5	222
Ampliação da rotina de desinfecção dos estabelecimentos da gestão municipal(além do serviços de saúde)	98.20% 218	1.80% 4	222
Distribuição de máscaras para população em geral	89.64% 199	10.36% 23	222
Fornecimento de meios de higienização das mãos em estabelecimentos e espaços públicos	98.20% 218	1.80% 4	222
Obrigatoriedade do uso de máscaras em lugares públicos, comércio e transportes	99.55% 221	0.45% 1	222
Realização de testagem da população em geral para Covid-19	96.40% 214	3.60% 8	222
Realização de contratação, em caráter de urgência, para profissionais de saúde	89.19% 198	10.81% 24	222
Distribuição de Kit de higiene	75.23% 167	24.77% 55	222
Distribuição de Cestas básicas	77.03% 171	22.97% 51	222

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Quanto às medidas adotadas pela gestão municipal no enfrentamento à pandemia de Covid-19, 96,91% dos/as respondentes afirmaram que houve a ampliação da rotina de desinfecção dos estabelecimentos da gestão municipal (além do serviços de saúde), o fornecimento de meios de higienização das mãos em estabelecimentos e espaços públicos e a

obrigatoriedade do uso de máscaras em lugares públicos, comerciais e em transportes; 95,88% referiram a realização de testagem para Covid-19 na população em geral; 93,81% distribuição de máscaras para população em geral; 92,71% realização da desinfecção de ruas e lugares públicos e a elaboração de Plano de Contingenciamento.

Observa-se que a realização de atendimentos à distância no contexto da pandemia de Covid-19 esteve presente em 148 (66,67%) municípios paraibanos segundo os gestores que participaram da pesquisa. Essa foi uma estratégia que contribuiu na mitigação da transmissão do vírus, diminuindo as pessoas expostas. Porém, 74 (33,33%) relataram não realizar atendimento no contexto da pandemia de Covid-19.

Nesse contexto, foi questionado sobre os instrumentos e equipamentos que estavam disponíveis e foram utilizados pela APS, resultados podem ser observados na Tabela 7. Os gestores informaram que na expressa maioria (90,99%) dos municípios possuíam acesso à internet em todas as unidades, destaca-se que em 66 (29,73%) municípios não há Tablet em nenhuma das unidades. Desta forma, a disponibilidade do acesso à internet não acompanhou a realização do atendimento à distância.

Tabela 7 – Instrumentos e equipamentos disponíveis e utilizados na APS no contexto da pandemia de Covid-19 segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

	SIM, EM TODAS AS UNIDADES	SIM, APENAS EM ALGUMAS UNIDADES	NÃO, EM NENHUMA UNIDADE	TOTAL
Internet	90.99% 202	8.11% 18	0.90% 2	222
Computador de mesa	76.58% 170	15.77% 35	7.66% 17	222
Telefone	54.95% 122	21.62% 48	23.42% 52	222
Notebook	60.36% 134	24.77% 55	14.86% 33	222
Tablet	61.71% 137	8.56% 19	29.73% 66	222

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Os resultados observados na Tabela 8 indicam que ações direcionadas para demandas da Covid-19 ocuparam com muita frequência a rotina APS nos municípios. Evidências de pesquisa realizada no ano de 2020 (Giovannella *et al.*, 2022) em nível nacional corroboram com os achados, onde se observa a criação de fluxos separados para pacientes com síndromes gripais e monitoramento da situação epidemiológica dos casos no território, dentre outras, na APS

durante a pandemia. No cenário da pesquisa a criação de fluxo exclusivo para sintomáticos respiratórios foi indicado por 63,96% dos respondentes.

Tabela 8 – Ações realizadas pela APS no enfrentamento a pandemia de Covid-19 mais frequentes, no estado da Paraíba, ago. 2023 a jan. 2024.

Respostas mais frequentes	%
Uso de máscara e/ou higiene das mãos dos usuários e profissionais.	91,44
Priorização nas Campanhas de Vacinação contra Covid-19.	89,19
Intensificação da rotina de limpeza da UBS	88,29
Utilização do oxímetro	85,59
Utilização de outros EPIs como óculos de proteção, avental descartável, protetor facial	81,98
Atendimento prioritário de pacientes do grupo de risco	77,48
Fornecimento de máscaras para pacientes com sintomas respiratórios	76,13
Utilização do termômetro infravermelho	73,87
Monitoramento da situação epidemiológica dos casos no território	72,97
Notificação de casos	72,52
Criação de fluxos exclusivos para sintomáticos respiratórios	63,96
Espaço ou sala reservada dentro da UBS para pacientes com sintomas respiratórios aguardarem	54,95
Construção de protocolos e Procedimento Operacional Padrão	47,75
Alteração da periodicidade da prescrição e dispensação de medicamentos	38,29
Entrega domiciliar de medicamentos	33,33
Espaço para sintomáticos respiratórios fora da UBS (Ex.: Barraca, Tenda)	31,53

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

A Tabela 8 apresenta os maiores desafios da gestão da APS durante a pandemia. Diante desses dados, verifica-se o desafio da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora dos Serviços das RAS impactando fortemente o cotidiano de gestores/as durante a pandemia de Covid-19. De acordo com o dossiê da Abrasco (2022), a estratégia nacional foi priorizar os serviços hospitalares, como a habilitação de leitos nas Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) e a criação de hospitais de campanha, mesmo assim, em muitos momentos houve insuficiência de leitos hospitalares. Isso justifica-se devido ao direcionamento de ações centradas no

tratamento da doença em detrimento de medidas comunitárias de prevenção. Como observa-se na Tabela 9, a insuficiência de leitos e dificuldades de regulação se mostrou um grande desafio para a gestão da APS nos municípios paraibanos.

Tabela 9 – Grandes desafios na gestão da APS no enfrentamento à pandemia de Covid-19, estado da Paraíba, 2024.

Desafios na gestão da APS no enfrentamento à pandemia de Covid-19	%
Suspensão de cirurgias eletivas	78,83
Dificuldade na regulação do acesso a serviços de saúde especializados (média complexidade)	77,93
Garantir disponibilidade de EPIs para os profissionais	77,47
Manutenção da cobertura vacinal no público infantil	76,58
Difusão de informações corretas sobre a prevenção e combate às <i>fake news</i>	76,13
Número insuficiente de leitos de UTI	76,12
Capacidade e recursos para adquirir insumos estratégicos para o enfrentamento da pandemia (medicamentos, testes e equipamentos)	75,67
Adesão da população às medidas não-farmacológicas (distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos)	72,97
Colapso da rede hospitalar	72,53
A manutenção de atendimentos de rotina prioritários e a implementação de agendas programadas a grupos vulneráveis (gestantes, idosos e crianças)	72,52
Mecanismos de regulação insuficientes para efetivar o acesso a serviços de referência	70,72
Manutenção de medidas adequadas para prevenção e redução dos riscos entre os profissionais da área da saúde	68,47
Necessidade de reorganização do processo de trabalho dos profissionais da APS	64,42
Financiamento para dar suporte a resposta em tempo oportuno	64,41
Realização de estratégias de Educação em Saúde	63,07
Ações de mobilização comunitária	61,26
A desconstrução da autoridade técnica do Ministério da Saúde na gestão do SUS e desarticulada coordenação nacional da rede assistencial na resposta à Covid-19	60,81
Integração das ações da vigilância em saúde com a APS	59,91
Precária infraestrutura dos serviços de APS	28,38

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Ressalta-se que a desconstrução da autoridade técnica do Ministério da Saúde na gestão do SUS e desarticulada coordenação nacional da rede assistencial na resposta à Covid-19 foi um desafio citado por 63,92% dos/as respondentes. Este dado corrobora com revisão documental realizada em 2020 que atestou poucas normativas do governo federal, o que pode ter dificultado a implantação de medidas efetivas e coordenadas no combate a pandemia de Covid-19 (Patiño-Escarcina; Medina, 2022).

8.4 ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS PELA GESTÃO MUNICIPAL NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA

Para 148 (66,67%) gestores houve incorporação de tecnologias no processo de trabalho da APS, enquanto para 74 (33,33%) indicam que não houve incorporação. Percebe-se que o contexto da pandemia de Covid-19 propiciou mudanças e desta forma acréscimos de tecnologias na rotina vivenciada nos municípios paraibanos. Nesse sentido, os respondentes informaram que as tecnologias incorporadas devido a vivência na pandemia foram principalmente: atendimento ao usuário por chamada telefônica (64,63%), a visita peridomiciliar (52,38%), atendimento por mensagem de texto (51,70%), atendimento por chamada de vídeo (48,30%). Reforçando que houve um avanço, partindo da necessidade do período pandêmico, de incorporar estratégias de saúde digital na rotina do cuidado ofertado pela APS.

Em relação às medidas adotadas pela gestão municipal na APS que foram ajustadas para realidade local e considerada como inovação pelos gestores paraibanos, 208 (93,68%) respondentes apontaram a utilização de rede sociais para divulgar informações de saúde, 180 (81,08%) participantes informaram a propagação de informações por meio de carro de som e 152 (68,47%) por meio de programas de rádio. Os gestores consideraram ações de inovação aspectos da comunicação e mídias sociais na saúde, estas ações propiciaram no cenário pandêmico um canal de aproximação com os usuários e suas comunidades. Observa-se que as os dispositivos de comunicação e mídias sociais devem ser considerado também nas ações programáticas da gestão municipal na APS, como instrumento importante que potencializa a promoção da saúde e a mobilização comunitária.

Houve contribuições de 20 participantes pois essa questão tinha a opção aberta, o que permitiu coletar outras estratégias consideradas como inovações, por exemplo, a gravação de

vídeos para realização das ações do Programa Saúde na Escola de forma *online*, como pode ser observado melhor na Tabela 10.

Tabela 10 – Medidas adotadas e/ou ajustadas para realidade local considerada como uma inovação e implementada pela gestão municipal na APS segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
Propagação de informações de saúde por meio de programas de Rádio;	68.47%	152
Propagação de informações de saúde por meio de Rede de Televisão;	7.21%	16
Propagação de informações de saúde através de Carro de Som;	81.08%	180
Utilização de rede sociais para divulgar informações de saúde;	93.69%	208
Utilização de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para atenção à saúde do trabalhador da saúde;	26.58%	59
Uso de grupos e lideranças locais na mobilização da população	49.10%	109
Uso da ferramenta WhatsApp para acompanhamento e realização de atividades físicas	58.11%	129
Outro (especifique)	Respostas 9.01%	20
Total de respondentes: 222		

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Com base nas medidas adotadas e ajustadas pelos gestores municipais de saúde na APS durante a pandemia, na opção de “outros (especifique)” as ações foram agrupadas em 6 categorias principais: Comunicação e Educação em Saúde; Acesso a Serviços de Saúde; Monitoramento e Vigilância Epidemiológica; Prevenção e Controle; Apoio Psicológico e Social; e Estruturas e Serviços Exclusivos.

As medidas adotadas demonstram uma abordagem abrangente e em alguns casos inovadora para a APS. A comunicação e educação em saúde foi fortalecida com o trabalho de agentes comunitários e o uso de mídias digitais, incluindo plataformas como WhatsApp e vídeos educativos online. A ampliação do acesso a serviços de saúde envolveu iniciativas como a criação de Centrais Covid, vacinação domiciliar, teleconsultas e atendimento noturno em UBS. O monitoramento e vigilância epidemiológica foram intensificados com o acompanhamento diário de casos, divulgação de boletins e uso de tecnologias para evitar aglomerações. As ações de prevenção e controle incluíram cabines de desinfecção, limpeza de ruas e entrega de medicamentos em casa. Além disso, o apoio psicológico e social foi oferecido por meio de atendimento remoto para pacientes, familiares e profissionais da linha de frente. Por fim, a criação de estruturas e serviços exclusivos, como Centros de Referência para Covid-19 e a contratação de profissionais especializados, demonstrou o compromisso com a gestão eficiente durante a crise.

8.5 ATORES ESTRATÉGICOS NO APOIO A AGENDA DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA EM ÂMBITO LOCO-REGIONAL E NACIONAL

Na perspectiva de coletar informações sobre apoios na gestão municipal da APS se fez necessário observar também como os gestores coletam informações e as demandas inerentes a APS, na Tabela 11 verifica-se que o principal mecanismo utilizado pelos gestores paraibanos foram as reuniões sistemáticas com as equipes de saúde que foi apontada por 171 (77,03%) dos respondentes, agendas e temas debatidos no Conselho Municipal de Saúde (CMS) por 138 (62,16%). Nesse sentido, observa-se que as demandas do cotidiano da APS dos profissionais e dos conselheiros são consideradas pelos gestores paraibanos.

No campo “outros especifique” destaca-se o trabalho dos ACS, que colhem informações diretamente da população. Além disso, o planejamento estratégico interno foi utilizado para organizar as ações e identificar necessidades. Outro mecanismo importante foi a caixa de sugestões nas unidades de saúde, que permitiu a participação direta dos usuários. Por fim, o sistema de monitoramento PEC Monitor também foi uma ferramenta utilizada para acompanhar as demandas em tempo real.

Tabela 11 – Instrumentos ou mecanismos utilizados pela gestão para captar informações e/ou demandas inerentes a APS segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
Agendas e temas debatidos no Conselho Municipal de Saúde	62.16%	138
Demandas da Ouvidoria	22.52%	50
Formulários colocados nas unidades de saúde (caixa de sugestão)	33.33%	74
Informações obtidos por intermédio dos meios de comunicação	48.65%	108
Pesquisas de opinião realizadas nas unidades de saúde	18.92%	42
Relatórios de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS)	7.21%	16
Relatórios oriundos das ações de vigilância em saúde	57.21%	127
Informações oriundas das reuniões sistemáticas com as equipes de saúde	77.03%	171
Informações oriundas das agendas na CIR	49.55%	110
Outro (especifique)	Respostas 3.15%	7
Total de respondentes: 222		

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Os/As participantes da pesquisa apontaram que a SES-PB (64,41%), Ministério da Saúde (59,71%) e COSEMS-PB (55,86%) influenciaram fortemente nas tomadas de decisão da gestão da APS em seu município durante a pandemia, demonstrando o importante papel de

ações coordenadas entre estes entes para orientar a atuação da gestão municipal da APS. Estes resultados divergem com outra pesquisa que demonstra que as principais influências na tomada de decisão do gestor de saúde é o Prefeito, Conselho Municipal de Saúde e Ministério da Saúde (Ouverney et al., 2019).

Tabela 12 – Grau de influência de apoios na tomada de decisão na gestão da APS durante a pandemia segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

	MUITO INFLUENTE	INFLUENTE	MEDIANAMENTE INFLUENTE	POUCO INFLUENTE	SEM INFLUÊNCIA	TOTAL
Conselho Municipal de Saúde	28.83% 64	44.59% 99	17.12% 38	8.56% 19	0.90% 2	222
CIR	42.34% 94	38.74% 86	11.26% 25	4.95% 11	2.70% 6	222
Associações Comunitárias	15.77% 35	33.33% 74	20.27% 45	19.82% 44	10.81% 24	222
Imprensa	38.74% 86	36.94% 82	15.77% 35	7.21% 16	1.35% 3	222
Entidades Religiosas	24.32% 54	38.29% 85	21.17% 47	12.61% 28	3.60% 8	222
Secretária Estadual de Saúde	64.41% 143	31.08% 69	3.60% 8	0.45% 1	0.45% 1	222
Ministério Público	52.25% 116	35.59% 79	9.01% 20	3.15% 7	0.00% 0	222
Ministério da Saúde	59.91% 133	31.53% 70	6.31% 14	1.80% 4	0.45% 1	222
COSEMS	55.86% 124	36.04% 80	5.86% 13	2.25% 5	0.00% 0	222

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Destaca-se na análise da Tabela 12 que somando as opções “Muito Influyente” e “Influente”, para os gestores paraibanos a SES-PB, COSEMS-PB e MS alcançam valores respectivamente de 95,49%; 91,90% e 91,90%. O que demonstra que as orientações e direcionamentos dessas entidades podem impactar em quase a totalidade dos municípios paraibanos, isso reforça a potência das agendas de colegiado gestor regional, bipartite e tripartite.

Nesse aspecto a Tabela 13 demonstra dados sobre a atuação das Comissões Intergestores Regionais (CIR) para o fortalecimento da APS, apresentando que este espaço teve função principalmente de Articulação de parcerias envolvendo a construção de plano de contingências (66,22%), organização de processo de mobilização e comunicação da APS(62,16%) e as reuniões com a temática da APS (61,26%). No contexto da pandemia de Covid-19 a CIR como espaço que aglutina os gestores regionais apresentou-se como um espaço importante no

fomento da APS nas ações de enfrentamento. Deve-se considerar que em cenário de crise sanitária a manutenção de espaços de governança como a CIR é imprescindíveis e funciona não apenas como espaço deliberativo, mas também com o fomento de qualificação das ações e programas estratégicos do SUS.

Nesta direção, a atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) para o fortalecimento da APS, segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos, se deu por meio de articulações e planejamentos com o objetivo de buscar melhorias para as secretarias de saúde. Houve também uma parceria importante com a Gerência Regional de Saúde, visando o alinhamento de estratégias. No entanto, as reuniões presenciais não ocorreram devido às restrições impostas pela pandemia, sendo substituídas por reuniões remotas. Apesar dessas ações, alguns gestores relataram que não houve uma atuação significativa da CIR durante esse período.

Tabela 13 – Atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) para o fortalecimento da APS segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
Não houve atuação da CIR nesse sentido	7.21%	16
Realização periódica de reuniões tendo como tema a APS	61.26%	136
Organização de processo de mobilização e comunicação da APS	62.16%	138
Articulação de parcerias envolvendo a construção de plano contingência	66.22%	147
Articulação de parcerias para apoio no transporte de usuários	18.02%	40
Outro (especifique)	Respostas 4.05%	9
Total de respondentes: 222		

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

Na Tabela 14 apresenta-se os dados referentes a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, verifica-se que os processos de mobilização e comunicação com os usuários foi apontado por 162 (72,97%) e em seguida apontada por 116 (52,25%) gestores a articulação de parcerias para apoio social de usuários.

A atuação do Conselho de Saúde para o fortalecimento da APS durante a pandemia de Covid-19, segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos, se caracterizou por um engajamento ativo em diversas frentes. Com base também nas respostas identificadas no item, “outros (especifique)”, pudemos identificar que o Conselho realizou reuniões para

planejamento e execução de ações em conjunto com as SMS, proporcionando orientações e opiniões sobre práticas durante as reuniões. Além disso, o Conselho realizou visitas técnicas às USFs, assegurando que a assistência estivesse de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. Também promoveu reuniões de acompanhamento da situação em parceria com a gestão municipal, interagindo diretamente com a Secretaria de Saúde.

A atuação do Conselho foi significativa, incluindo a formação de plenária para aprovação de planos e projetos voltados à aquisição de insumos essenciais durante o período pandêmico e a participação ativa na comissão de controle do Covid-19, refletindo seu papel crucial na resposta à crise sanitária.

Tabela 14 – Atuação do Conselho de Saúde para o fortalecimento da APS durante a pandemia de Covid-19 segundo gestores municipais de saúde de municípios paraibanos (ago. 2023 a jan. 2024).

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
Não houve atuação dos Conselheiros junto às Equipes de Saúde;	13.96%	31
Processos de mobilização e comunicação com os usuários;	72.97%	162
Articulação de parcerias para apoio social de usuários;	52.25%	116
Articulação de parcerias para apoio no transporte de usuários;	23.42%	52
Orientações de usuários para acesso aos programas sociais;	40.09%	89
Apoio no fluxo interno da UBS;	44.59%	99
Outro (especifique)	Respostas 4.95%	11
Total de respondentes: 222		

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico do processo de trabalho da atenção básica no contexto da pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica”. (2024).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que o perfil de gestores de saúde de municípios paraibanos é composto por uma expressiva maioria de mulheres, com especialização e experiência na gestão do SUS, indica que atuaram fortemente no direcionamento da APS para demandas centradas na Covid-19 no período da pandemia. A amostra que representou quase a totalidade dos municípios paraibanos sugerem que a utilização de *survey* eletrônico possa ser utilizada para planejamento na gestão em saúde. Houve incorporação de tecnologias no processo de trabalho da APS da maioria dos municípios e fortemente focadas em ações de comunicação e mídias sociais para propagação de informação nos territórios. No cenário da retomada das atividades revelou-se que as ações coletivas realizadas pela APS foram retomadas plenamente apenas na minoria dos municípios, e percebe-se uma fragilidade maior nas ações com ênfase na saúde mental.

Os principais desafios de gestores/as da APS estão relacionados com a implementação dos atributos da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS. Estes desafios apontam para possíveis recomendações que poderão contribuir em uma abordagem centrada em medidas de prevenção comunitárias como melhor caminho para efetivo combate a pandemias futuras. Destaca-se a importância da articulação entre SES-PB, COSEMS-PB e Ministério da Saúde como atores importantes no apoio da gestão municipal da APS em situações de crise sanitária.

O estudo constata a complexidade do cenário da gestão municipal em saúde principalmente em cenário de crise sanitária, faz-se necessário estudos que aprofundem o olhar sobre os desafios dos gestores da APS, como esses impactam no processo de trabalho das equipes e na oferta de serviços dos usuários. Cabe destacar também a importância de estudos que busquem as experiências da gestão estadual e do COSEMS-PB no processo de apoio aos gestores de municípios paraibanos.

O conjunto de resultados aqui apresentados compõem uma robustez de informações sobre a gestão municipal da APS no contexto da pandemia de Covid-19 e como há aspectos que podem impactar no processo de trabalho atual, esses dados poderão contribuir no fomento de ações estratégicas na qualificação da gestão e como também no aperfeiçoamento do perfil do gestor municipal. As reflexões abrem espaço para a discussão da importância dos espaços de colegiado gestor e como estes podem promover debates que apoiem a agenda do gestor na sua atuação local.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Dossiê Abrasco | Pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2022.

ABRÚCIO, F. L. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 663-677, 2020.

AFFONSO, M.V.G. *et al.* Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 2021.

ANDERSON, R.M.; HEESTERBEEK, H.; KLINKENBERG D. *et al.* How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? [internet] 2020 mar. The Lancet, v. 395, n. 10228, p. 931–934. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30567-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30567-5/fulltext). Acesso em: 14 mar. 2021.

AQUINO, R. *et al.* Estratégia de Saúde da Família- Evolução do Modelo de Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In. PAIM, J. O.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 317-364.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2015. Disponível em: DOU, Seção 1, n. 190, p. 668-669. Acesso em: 1 fev 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, mar. 2008; 43:4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (EPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). [2020a]. Acesso em: 03 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL: COVID-19** - Semana Epidemiológica 52. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 –covid-19** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. 131 p. : il

BRASIL, **Ministério da Saúde. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Histórico de Cobertura da Atenção Básica**. 2023b dez. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=P7ZA+aKA3UgCri-xiJ6D5iZ5>. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Histórico de Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde**. 2023c Dez. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml;jsessionid=P7ZA+aKA3UgCri-xiJ6D5iZ5>. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório de cadastros vinculados. Q3 2023 Dez. Disponível em <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml;jsessionid=BzwTuvk6hwvM7uxWDnmMoW9g>. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. [internet] Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus - COVID-19 na Atenção Primária à Saúde - Versão 6**. 2020c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>. Acesso em: 2020 mar. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. [internet] Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Procedimentos Operacionais Padrão para a COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. Versão 1**. 2020d. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/POP-EPI-19-MAR-protocolos-novo-ver001.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. [internet]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). 2020e. Recomendações para Adequações das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação Epidemiológica referente a COVID-19. Disponível em: http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200324_recomendacoes_ACS_COVID19_ver001_final.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020.

BAHIA. Governo do Estado. **Decreto nº 14.457, de 3 de maio de 2013**. Aprova a Política Estadual de Atenção Básica. Diário Oficial do Estado [Internet]. 2013.

BELARMINO, A. C. *et al.* Implicações da gestão em atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **Revista de Aps**, v. 23, n. 3, 23 jun. 2020. Universidade Federal de Juiz de Fora.

BELFORT, I. K. P.; COSTA, V. C.; MONTEIRO, S. C. M. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **APS em Revista**, v. 3, n. 1, p. 03–08, 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i1.139.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. **Lei nº 13.989, de 15 de setembro de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a; v. 1.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

BATISTA, B. *et al.* Gestores municipais de saúde da Paraíba: percepções, abordagens e práticas inerentes ao fenômeno da judicialização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 78–92, 2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 3ª reimp. 1ª ed. São Paulo: Editora 70, 2016.

BRANDÃO C.C.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde debate** [Internet]. 2023Apr;47(137):58–75.

BRANDÃO, C. C.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. DE .. Governança federal na construção da política de enfrentamento à COVID-19 na atenção primária à saúde brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3643–3658, 2023a.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E.M.S. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. [internet]. **Ciência & Saúde**. 2017 abr. v. 22, n. 4, p. 1141–1154.

CARVALHO, E. M. R. *et al.* Estratégias da gestão estadual da atenção básica diante da pandemia de covid-19, Bahia, 2020/2021. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 43-52, 31 dez. 2021. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.v45.nespecial_3.a3542.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro?. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 62–77, 2022.

CERQUEIRA, A. V. S.; PINHEIRO, A. P. T. Guia orientador para o enfrentamento da pandemia: relato do uso em um município da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 65-70, 31 dez. 2021. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

COHEN, S. C.; BODSTEIN, R.; KLIGERMAN, D. C.; MARCONDES, W. B. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 191-198, mar. 2007. FapUNIFESP.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA. **COSEMS PB**. Quem somos. [S.l.]. COSEMS PB, 2023. Disponível em: <https://cosemspb.org/quem-somos/>. Acesso em: 15 abr. 2023

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 1029–1042, 2011.

CRUZ, A. O. *et al.* (2021). Reconfiguração da Atenção Primária à Saúde: tendências e desafios. **Revista Saúde em Debate**, 45(128), 674-688.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stocolm: Institute for Future Studies; 1991.

ENGSTROM, E.; GIOVANELLA, L.; MELO, E.; MENDES, A.; GRABOIS, V.; MENDONÇA, M.H.M. Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em: 12 fev. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Observatório Covid-19. Boletins das semanas epidemiológicas 48 e 49. Rio de Janeiro: Fiocruz, 22-30 nov. e 1-5 dez. 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_semana_48-49.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020.

FROTA, AC. *et al.* Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde Debate**, [s. l.], v. 46, n. ESPECIAL 1, p. 131-151, mar. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos ACS em tempos de COVID-19/Monitor ACS. 1º Boletim. Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em <https://acscovid19.fiocruz.br/>. Acesso em: 30 mar. 2023.

FACCHINI, L. A. Covid-19: nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2020.

GARCIA L.P.; DUARTE, E. **Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil**. [internet] 2020 maio. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 2. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974202000020000. Acesso em: 03 fev. 2023.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. [internet]. **Cadernos de Saúde Pública**. 2006 maio.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: 4 ed. Editora Atlas, 2002.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, jan. 2021. FapUNIFESP.

GIOVANELLA, L. *et al.* Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**, Fiocruz, 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008: 575-625.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cad Saúde Pública** 2019; 35(10):e00178619.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2022: População e Domicílios - Primeiros Resultados - Atualizado em 22/12/2023.

MASSUDA A, *et al.* Brazil's Primary Health Care Financing: Case Study. Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care. Working Paper nº 1. 2022.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M.; AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020. FapUNIFESP.

MENEZES, H.Z.; SERAFIM, L. ESPECIAL ABCP: As ações da Paraíba no enfrentamento à pandemia. jun. 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-acoes-paraiba-enfrentamento-pandemia>. Acesso em: 03 ago. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Coronavírus**. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 24 fev. 2024.

NUNCIARONI, A. T.; CUNHA, F. T. S.; VARGAS, L. A.; CORRÊA, V. A. New Coronavirus: (re)thinking the care process in primary health and nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, p. 1-1, 2020. FapUNIFESP. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0256>.

OUVERNEY, A. L. M. *et al.* Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 75–91, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance. 19 March 2020. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

OUZZANI, M., HAMMADY, H., FEDOROWICZ, Z. *et al.* Rayyan – um aplicativo web e móvel para revisões sistemáticas. *Sistema Rev* 5, 210 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

PAIM JS. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356p

PAIM JS. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1996; 1:18-20.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Dados Epidemiológicos COVID-19**. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/dados-epidemiologicos-covid>. Acesso em: 24 fev. 2024.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V. & TRAVASSOS, C. Matriz de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: **Observatório Covid-19**, Fiocruz, jul. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/matrizlinhacuidado.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2020.

PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, **Editora Fiocruz**, 2022, pp. 201-216. Informação para ação na Covid19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5

PARAÍBA. [PLANO NOVO NORMAL]. Secretaria de Estado da Saúde. Plano para construção de um Novo Normal na Paraíba. Nota Técnica 26ª Avaliação Novo Normal PB, maio 2021. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/arquivos-1/nota-tecnica/nota-tecnica-ses_26a-avaliacao.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. RECOMENDAÇÕES PREPARATÓRIAS PARA O "NOVO NORMAL" PARAÍBA, 2021. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/arquivos/novo-normal.pdf> Acesso em: 03 fev. 2024.

PATIÑO-ESCARCINA, J. E.; MEDINA, M. G. Vigilância em Saúde no âmbito da

atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 119–130, 2022.

PATINHO-ESCARCINA, J. E.; MEDINA, M. G. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 1, p. 119-130, 2022. FapUNIFESP (SciELO).

PEREIRA, E. C.; ROCHA, M. P.; FOGAÇA, L. Z.; SCHVEITZER, M. C. Occupational health, integrative and complementary practices in primary care, and the Covid-19 pandemic. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 56, 2022. FapUNIFESP.

ROSANGELA, V. A. S.; FLEURY, S.; CARVALHO, D.S. **O Ministério da saúde e a falência da coordenação interfederativa no combate à covid-19**. cap 2 Brasília, novembro de 2023. (Org). OUVREY, A.; FLEURY, S. – In.: Novo Federalismo no Brasil: Tensões e Inovações em Tempos de Pandemia de Covid-19. ORGANIZAÇÃO - 1ª Edição, Brasília-DF, 516 p.

REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Relatório. In: Seminário Virtual Rede APS/ABRASCO. <https://redeaps.org.br/>. Acesso em 30 mar. 2023.

ROGÉRIO, W. P. *et al.* Proteção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: análise dos planos de contingência das capitais brasileiras em tempos de pandemia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 46, 2021. FapUNIFESP.

SARTI, T.D.; LAZARINI, W.S.; FONTENELLE, L.F. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 29(2):e2020166, 2020.

SILVA, L.H. *et al.* Análise espacial dos casos e óbitos de Covid-19 no estado da Paraíba, Brasil. **Revista Espaço & Geografia**, v. 26, p. 28-49, 2023.

SOUZA, S.S. *et al.* Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19/ Influence of basic care coverage on coping with COVID-19/ Influencia del cuidado básico de salud en el afrontamiento del COVID-19. *Journal Health NPEPS*, [S. l.], v. 6, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4994>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SILVA, G.C.B. *et al.* Incidência da COVID-19 na Paraíba e fatores sociodemográficos: um estudo ecológico e espacial. **Vigil Sanit Debate**, Rio de Janeiro, 2023, v.11: e02040.

SILVA, R. S. *et al.* O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 6, p. 2149-2157, jun. 2021a. FapUNIFESP. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.39662020>.

SILVA, W. R. S.; DUARTE, P. O.; FELIPE, D. A.; SOUSA, F. O. S. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, jan. 2021b. FapUNIFESP.

SILVA, G. A. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2463–2475, nov. 2008.

SOUZA, J. P. *et al.* Contribuições do Programa Mais Médicos no enfrentamento da Pandemia de COVID-19 na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 108-119, 25 out. 2021. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.nespecial_2.a3393.

TEIXEIRA, C. F. *et al.* Sistema Único de Saúde- A difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. IN : PAIM, Jairnilson Silva, ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 317-364.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal Of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2 nov. 2005. Wiley.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO- GESTORES DA APS-PB

APRESENTAÇÃO

Este questionário é uma das etapas do projeto de pesquisa intitulado **Diagnóstico do processo de trabalho da APS no contexto da pandemia da covid19; desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica**, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob a coordenação geral do professor do Professor Dr. André Luis Bonifácio de Carvalho.

A pesquisa é desenvolvida em parceria com o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, a Fiocruz-Ceará, com apoio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB) e Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB). E conta com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ-PB)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **Diagnóstico do processo de trabalho da APS no contexto da pandemia da covid19; desafios e possibilidades na construção de uma agenda estratégica**, desenvolvida pelo(a) pesquisador(a) José Félix de Brito Júnior vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob a orientação do professor do Professor Dr. André Luis Bonifácio de Carvalho.

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 no estado da Paraíba.

Nesse sentido, sua participação no estudo se deve ao fato de você atuar na gestão da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado da Paraíba. Sua participação é voluntária, portanto, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, além de ser garantido o esclarecimento constante e seu direito de desistir da participação a qualquer momento. Vale ressaltar que não haverá qualquer bônus financeiro pela sua participação.

Os dados coletados serão armazenados digitalmente offline em meio seguro e somente o grupo de pesquisa pode acessá-los. Ressalto que não será solicitado e nem feita nenhuma identificação sua ou de outros participantes da pesquisa nas publicações científicas, apresentações em conferências, relatórios, dissertações e/ou teses que apresentem os resultados

dessa pesquisa. Sendo assim, é garantido o seu anonimato, confidencialidade e sigilo, conforme o disposto na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Dada a natureza do estudo, não foram identificados previamente potenciais causas de desconforto ou riscos físicos. Destacamos então, o risco de você se sentir desconfortável ao compartilhar informações sobre os tópicos explorados, por estar ocupado com suas tarefas ou por não achar adequado. Para minimizar tais riscos, esse questionário pode ser preenchido em seu celular, tablet ou computador, nas datas e horários que você considerar mais conveniente, em local que considerar mais confortável.

Por fim, agradecemos a sua participação nesse estudo, e destacamos que a qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador José Félix de Brito Júnior informações sobre sua participação ou sobre a pesquisa, bem como retirar sua participação, através dos meios de contato: Telefone: (83) 98619-6602, E-mail: apsfapesq@gmail.com.

1. Ao selecionar a opção ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA, você estará* confirmando ter sido informado (a) dos termos acima citados e consentindo em participar da pesquisa.

- Aceito participar da pesquisa.
- Não aceito participar da pesquisa.

2. Qual seu gênero? Como você se identifica. *

- Mulher Cis (que seu gênero coincide com o sexo que lhe foi atribuído ao nascer)
- Mulher Trans (que seu gênero NÃO coincide com o sexo que lhe foi atribuído ao nascer)
- Homem Cis (que seu gênero coincide com o sexo que lhe foi atribuído ao nascer)
- Homem Cis (que seu gênero NÃO coincide com o sexo que lhe foi atribuído ao nascer)
- Intersexo

3. Qual sua idade ?*

- De 18 a 28
- De 29 a 39
- De 40 a 50
- De 50 a 60
- Mais de 60

4 .Qual é o seu cargo atual na gestão municipal da saúde?*

- Secretário(a) Municipal de Saúde
- Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde/APS

5. Qual seu nível de escolaridade?*

- Médio Incompleto
- Médio Completo
- Graduação Incompleta
- Graduação Completa
- Especialização Incompleta
- Especialização Completa
- Mestrado Incompleto
- Mestrado Completo
- Doutorado Incompleto
- Doutorado Completo

6. Qual é a sua formação acadêmica?*

Caso não tenha, responder informando que não tem. *(Deixar aberta)*

7. Possui alguma pós-graduação em Gestão em Saúde, Saúde Coletiva ou Saúde da Família/APS? * Pode marcar mais de uma opção.

- Não possuo.
- Sim, em nível de Especialização.
- Sim, em nível de Mestrado.
- Sim, em nível de Doutorado.

8. Quantos anos você tem de experiência em gestão do SUS? *

- Menos de 2
- De 2 a 5 anos
- De 5 a 10 anos

- Mais de 10 anos

EIXO 1- CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

9. Qual o nome de seu município? *

10. Quantas equipes de Estratégia de Saúde da Família estão implantadas no seu município?*

- Entre uma e três
- Entre três e seis
- Entre seis e dez
- Acima de 10

11. Quantas equipes EMulti existem no seu município? *

- Entre uma e três
- Entre três e seis
- Entre seis e dez
- Acima de 10
- Nenhuma

12. No seu município existem Grupo de Populações Específicas sendo atendidas pelas Equipes do Saúde da Família? Se sim, quais? (Nesta pergunta você pode assinalar mais de uma opção).

- Indígena
- Quilombola
- Cigana
- População de Rua
- Ribeirinhos
- Outras
- Não há UBS de referência para Grupo de População Específica

13. Qual a cobertura populacional da APS ?

- Até 30%
- Entre 30% e 50%
- Entre 50% e 70%
- Entre 70% e 90%
- Entre 90% e 100%

14. Seu município tem carência de profissionais da APS? (Marque todas que se aplicam)

- Não temos carência de profissionais
- Enfermeiro
- Médico
- Cirurgião dentista
- Agente de Combate de Endemias
- Técnico de Enfermagem
- Técnico de Saúde Bucal
- Agente Comunitário de Saúde

EIXO 2- QUESTÕES SOBRE PERÍODO O PERÍODO DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL DEVIDO A PANDEMIA DE COVID-19

15.Assinale as afirmativas com medidas realizadas pela gestão municipal da sua cidade no enfrentamento à pandemia de Covid-19:

Nesta pergunta você pode assinalar mais de uma opção.

	Sim	Não
Criação de Comissão ou Gabinete de Gestão de Crise na gestão municipal		
Elaboração Plano de Contingenciamento		
Decreto para Lockdown		

Instalação de barreira sanitária na entrada da cidade		
Multa para descumprimento de Lockdown		
Desinfecção de ruas e lugares públicos		
Ampliação da rotina de desinfecção dos estabelecimentos da gestão municipal(além do serviços de saúde)		
Distribuição de máscaras para população em geral		
Fornecimento de meios de higienização das mãos em estabelecimentos e espaços públicos		
Obrigatoriedade do uso de máscaras em lugares públicos, comércios e transportes		
Realização de testagem da população em geral para Covid-19		
Realização de contratação, em caráter de urgência, para profissionais de saúde		
Distribuição de Kit de higiene		
Distribuição de Cestas básicas		

16.No contexto da pandemia houve realização de atendimento à distância na APS?* (Se essa pergunta tiver a resposta NÃO a subsequente deve ser NEUTRALIZADA

- Sim
- Não

17. Caso em seu município tenha mantido atendimento à distância, quais os instrumentos de registro são utilizados pelas equipes? Se não, assinale a primeira opção. Nesta pergunta você pode assinalar mais de uma opção. Marque todas que se aplicam.

- Não realizo atendimento à distância
- Formulário Fast-Track COVID-19
- Planilha de acompanhamento das consultas contendo o nome do usuário atendido, o registro informando se a consulta ocorreu e seu desfecho.
- Anotação no prontuário como se procede em uma consulta normal, acrescentando o tipo de tecnologia utilizada no atendimento.
- Anotação no prontuário como se procede em uma consulta normal.
- Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC do E-SUS AB
- Coleta de dados simplificada do cidadão – CDS do E-SUS AB
- Outro:

18. Durante o período da pandemia que instrumentos e equipamentos estavam disponíveis e foram utilizados na APS no seu município:

	Sim, em todas as unidades	Sim, apenas em algumas unidades	Não, em nenhuma unidade
Internet			
Computador de mesa			
Telefone			
Notebook			
Tablet			

19. Com qual frequência as ações de enfrentamento da Pandemia de Covid-19 foram realizadas pela APS de seu município?

Ações	Muita frequência	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Notificação de casos					
Monitoramento da situação epidemiológica dos casos no território					
Fluxos exclusivos para sintomáticos respiratórios					
Espaço ou sala reservada dentro da UBS para pacientes com sintomas respiratórios aguardarem					
Espaço para sintomáticos respiratórios fora da UBS (Ex.: Barraca, Tenda)					
Uso de máscara e/ou higiene das mãos dos usuários e profissionais					
Intensificação da rotina de					

limpeza da UBS					
Entrega domiciliar de medicamentos					
Alteração da periodicidade da prescrição e dispensação de medicamentos					
Fornecimento de máscaras para pacientes com sintomas respiratórios					
Atendimento prioritário de pacientes do grupo de risco					
Utilizou-se de outros EPIS (óculos de proteção, avental descartável, protetor facial)					
Utilização do oxímetro					
Utilização do termômetro infravermelho					
Priorização nas Campanhas de					

Vacinação contra Covid					
Construção de protocolos, Procedimento Operacional Padrão (POP)					

20. Existe alguma medida, para além das citadas anteriormente, adotada e ajustada para sua realidade local que você considere como uma INOVAÇÃO e foi implementada pela gestão municipal na APS de seu município?

- Propagação de informações de saúde por meio de programas de Rádio;
- Propagação de informações de saúde por meio de Rede de Televisão;
- Propagação de informações de saúde através de Carro de Som;
- Utilização de rede sociais para divulgar informações de saúde;
- Utilização de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para atenção à saúde do trabalhador da saúde;
- Uso de grupos e lideranças locais na mobilização da população
- Uso da ferramenta *WhatsApp* para acompanhamento e realização de atividades físicas;
- Outras...

21. Com que frequência as equipes de saúde de seu município consideram os contextos de vulnerabilidade para o cuidado dos usuários e sua família?

- Sempre
- Frequentemente
- Eventualmente
- Raramente
- Nunca

22. Assinale as afirmativas que refletem a percepção da população com relação as ações desenvolvidas pelas equipes da APS no âmbito do município:

- Os usuários e suas famílias possuem um forte vínculo com suas equipes o que facilita a construção das agendas de produção do cuidado.
- As equipes possuem alta credibilidade, fato que ajudou muito o processo de enfrentamento da pandemia da Covid-19
- Os usuários e suas famílias em que pese o acesso a agenda das equipes da APS, tem dificuldade de serem referenciados aos serviços de média e alta complexidade dentro e fora do município.
- As equipes de saúde programam suas ações por meio de um amplo processo de escuta dos usuários e suas famílias.
- Os usuários e suas famílias reclamam do baixo nível de escuta de suas demandas por parte das equipes de saúde
- Os usuários e suas famílias têm acesso fácil e em tempo oportuno às ações em todas as unidades básicas de saúde do município.
- Os usuários e suas famílias conseguem por meio do referenciamento da atenção primária acessar ações e serviços de média complexidade seja dentro do município ou na região de saúde.
- As condutas propostas pelas equipes são amplamente aceitas e seguidas pelos usuários e suas famílias.
- Os usuários e suas famílias possuem uma adesão incipiente as agendas desenvolvidas pelas equipes de saúde da APS.
- A credibilidade das equipes para com os usuários e suas famílias ainda encontrasse em fase de construção, carecendo de muito aprimoramento.

23. Considerando O PERÍODO CRÍTICO DA PANDEMIA DE COVID-19. Quais foram as atuações do Conselho de Saúde de seu município? Marque todas que se aplicam.

- Não houve atuação dos Conselheiros junto às Equipes de Saúde;
- Processos de mobilização e comunicação com os usuários;
- Articulação de parcerias para apoio social de usuários;
- Articulação de parcerias para apoio no transporte de usuários;
- Orientações de usuários para acesso aos programas sociais;
- Apoio no fluxo interno da UBS;

- Outro:

24. Considerando O PERÍODO CRÍTICO DA PANDEMIA DE COVID-19. Quais foram as atuações da Comissão Intergestores Regional (CIR) contribuíram para o fortalecimento da APS? Marque todas que se aplicam.

- Não houve atuação da CIR nesse sentido
- Realização periódica de reuniões tendo como tema a APS
- Organização de processo de mobilização e comunicação da APS
- Articulação de parcerias envolvendo a construção de plano contingência
- Articulação de parcerias para apoio no transporte de usuários
- Outro:

25. Avalie o grau de influência em que os apoios listados abaixo contribuíram na tomada de decisão na gestão da APS em seu município durante a pandemia.

ATORES	Sempre Influyente	Geralmente Influyente	As vezes Influyente	Raramente Influyente	Nunca Influyente
Conselho Municipal de Saúde					
CIR					
Associações Comunitárias					
Imprensa					
Entidades Religiosas					
Secretária Estadual de Saúde					
Ministério Público					
Ministério da Saúde					

COSEMS					
--------	--	--	--	--	--

26. Considerando sua experiência, enumere cinco maiores desafios na gestão da APS no enfrentamento a pandemia de Covid-19.* Cite em ordem proporcional, do 1^a maior desafio até o 5^a.

DESAFIOS	1 o	2 o	3 o	4 o	5 o
Capacidade e recursos para adquirir insumos estratégicos para o enfrentamento da pandemia (medicamentos, testes e equipamentos);					
Garantir disponibilidade de EPIs para os profissionais;					
Financiamento para dar suporte a resposta em tempo oportuno;					
Precária infraestrutura dos serviços de APS;					
Necessidade de reorganização do processo de trabalho dos profissionais da APS;					
Manutenção de medidas adequadas para prevenção e redução dos riscos entre os profissionais da área da saúde;					
A manutenção de atendimentos de rotina prioritários e a implementação de agendas programadas a grupos vulneráveis (gestantes, idosos e crianças);					
Realização de estratégias de Educação em Saúde;					
Ações de mobilização comunitária;					
Manutenção da cobertura vacinal no público infantil;					
Integração das ações da vigilância em saúde com a APS;					
Difusão de informações corretas sobre a prevenção e combate às <i>fake News</i> ;					
Adesão da população às medidas não-farmacológicas (distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos;					
Suspensão de cirurgias eletivas;					
Número insuficiente de leitos de UTI;					
Colapso da rede hospitalar;					
Dificuldade na regulação do acesso a serviços de saúde especializados (média complexidade);					
Mecanismos de regulação insuficientes para efetivar o acesso a serviços de referência;					

A desconstrução da autoridade técnica do Ministério da Saúde na gestão do SUS e desarticulada coordenação nacional da rede assistencial na resposta à COVID-19;					
Outros...					

EIXO 3- QUESTÕES SOBRE PERÍODO APÓS O FIM DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL DEVIDO A PANDEMIA DE COVID-19

27.Considerando o processo vivenciado na pandemia da COVID-19, destaque o grau de retorno das ações e serviços da APS de seu município.

	Retomado plenamente	Retomado com pouca dificuldade	Retomado com média dificuldade	Retomado com muita dificuldade	Não retomado
Seguimento de pessoas com agravos na saúde mental					
Promoção da saúde mental					
Puericultura					
Saúde Bucal					
Visita Domiciliar					
Atenção à demanda espontânea (não COVID-19)					
Vigilância às doenças infectocontagiosas do território					

(Hanseníase, Tuberculose e ISTs)					
Ações educativas individuais para promoção da saúde em geral					
Atividades de participação comunitária (promoção da saúde)					
Grupos terapêuticos					
Atividades intersetoriais					
Ações de educação permanente abordando temas vinculados às síndromes gripais, arboviroses e problemas de saúde prevalentes					
Monitoramento e acompanhamento de casos confirmados e suspeitos de COVID-19					

Serviço de reabilitação pós- Covid .					
--	--	--	--	--	--

28. Quais tecnologias foram incorporadas no processo de trabalho da APS, advinda da experiência vivenciada com a COVID-19? Nesta pergunta você pode assinalar mais de uma opção. Marque todas que se aplicam.

- Atendimento ao usuário por chamada de telefone
- Atendimento ao usuário por chamada de vídeo
- Atendimento ao usuário por mensagem de texto
- Visita peridomiciliar
- Não houve meios tecnológicos incorporados pela equipe
- Outro:

29. Quais estratégias são utilizadas para monitoramento epidemiológico no seu município?

Marque todas que se aplicam.

- Monitoramento pelos relatórios do E-SUS Notifica
- Monitoramento pelos relatórios do SIVEP Gripe
- Monitoramento pelos relatórios do SINAN
- Construção de Sala de Situação de Saúde
- Construção de Censo/Planilha de suspeitos e casos
- Uso de Grupo de WhatsApp da equipe
- Outro:

30. Quando um usuário é referenciado aos serviços de média complexidade e/ou de urgência/emergência ou hospitalar, as equipes de saúde da família monitoram o caso até o desfecho (alta hospitalar ou óbito)?

- Sim
- Não
- Às vezes

31. Assinale com quais atores as Equipes de Saúde da Família desenvolvem atividades compartilhadas nos territórios? Marque todas que se aplicam.

- Agentes de combate às endemias
- Equipe da vigilância sanitária municipal
- Equipe de vigilância epidemiológica municipal
- Não existe atividade de interação no território
- Outro:

32. Assinale as ações de promoção da saúde, sociais ou intersetoriais que são realizadas pelas equipes da APS no seu município. Marque todas que se aplicam.

- Não realizam ações de promoção da saúde, sociais ou intersetoriais.
- Articulação solidária de entidades, associações e outras já mapeadas no território. Encaminhamento dos usuários para instituições da Assistência Social. (CRAS, CREAS, CadÚnico)
- Encaminhamento dos usuários para algum programa específico estruturado pela prefeitura
- Articulação com entidades locais para fornecimento de cestas básicas, máscaras, dentre outros.
- Orientações para acesso aos programas sociais de isenção ou redução da taxa de energia elétrica e água.
- Outro:

33. Destaque as 3 PRINCIPAIS formas, instrumentos ou mecanismos que a gestão utiliza para captar informações e/ou demandas inerentes a APS.

- Agendas e temas debatidos no Conselho Municipal de Saúde
- Demandas da Ouvidoria
- Formulários colocados nas unidades de saúde (caixa de sugestão)
- Informações obtidos por intermédio dos meios de comunicação
- Pesquisas de opinião realizadas nas unidades de saúde

- Relatórios de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS)
- Relatórios oriundos das ações de vigilância em saúde
- Informações oriundas das reuniões sistemáticas com as equipes de saúde
- Informações oriundas das agendas na CIR
- Outro (especifique)

34. No que tange ao cumprimento das competências da gestão municipal em relação a programação das ações e organização de fluxos e serviços, avalie as afirmativas abaixo:

Ações	Plenamente	Parcialment e	Medianamente	Incipient e	Não realiza
II -Programa as ações da APS a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;					
Organiza o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.					
Estabelecer e adota mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na APS de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a					

vinculação e coordenação do cuidado;					
Manter atualizado o cadastro de equipes, profissionais, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde					
Organiza os serviços para permitir que a APS atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;					
Organiza o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da APS e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e					
Fomenta a mobilização das equipes e garante espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social					
Garante acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população					
Alimenta, analisa e verifica a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a					

fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação					
---	--	--	--	--	--

35.No que tange ao cumprimento das competências da gestão municipal em relação a garantia de recursos e apoio ao desenvolvimento das ações da APS, avalie as afirmativas abaixo.

Ações	Plenament e	Parcialment e	Medianamente	Incipient e	Não realiza
destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da APS;					
ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da APS transferidos aos municípios;					
prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da APS e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;					
desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na APS implantadas;					

selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de APS, em conformidade com a legislação vigente;					
garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;					
assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na APS, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.					

36.No que tange as atribuições das Equipes que atuam na APS, como você avalia as ações e atividades inerente a territorialização, cadastramento, adscrição e acolhimento da população usuária.

Ações	Plenamente	Parcialmente	Medianamente	Incipiente	Não realiza
Participa do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe,					

identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;					
Cadastra e mantém atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da APS vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;					
Realiza o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações vulnerabilizadas.					

Realiza ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas.,					
Garante a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;					
Participa do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção .					
Responsabilizar-se pelo acompanhamento da					

população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;					
Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;					
Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local,					
Realiza busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à APS, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;					
Realizar trabalhos interdisciplinares e em					

equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho.					
. Realiza ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;					
Promove a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde					

37. No que tange as atribuições das Equipes que atuam na APS, como você avalia as ações e atividades inerente a Gestão da Informação e regulação do acesso dos usuários.

Ações	Plenament e	Parcialment e	Medianament e	Incipient e	Não realiz a
Utiliza o Sistema de Informação da APS vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a					

gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;					
Contribui para o processo de regulação do acesso a partir da APS, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;					
Acompanha e registra no Sistema de Informação da APS e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;					
Realiza a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência),					
Prevê nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;					
Alimenta e garante a qualidade do registro das atividades nos sistemas					

de informação da APS, conforme normativa vigente					
Realiza visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;					
Realiza atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde					
Participa de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;					
Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;					

38. Considerando a experiência da Pandemia de Covid-19, o que você recomendaria para fortalecer a gestão municipal da APS no enfrentamento de outras emergências de Saúde Públicas e Crises Sanitária?

APÊNDICE B – CARD DE DIVULGAÇÃO DO Questionário- Gestores da APS-PB

DIAGNÓSTICO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA ESTRATÉGICA

Conheça nossa pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho da Atenção Primária no contexto da pandemia da COVID-19 na Paraíba, no intuito de subsidiar a construção de uma agenda de intervenção.

FASE 1



Revisão de Literatura

FASE 2



Pesquisa Documental

FASE 3



Grupos Focais:
Gestores municipais da Saúde
Coordenadores municipais da APS
Trabalhadores da Gestão estadual

Você está sendo convidado(a) para esta fase



Questionário 1: Gestores e Coordenadores da AP

Esta pesquisa é desenvolvida pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFPB em parceria com a Fiocruz, apoio do COSEMS-PB e Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. E conta com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba.

Como participar?

Poderão responder este questionário os(as) secretários(as) e coordenadores da Atenção Primária que trabalham na gestão municipal de saúde de municípios paraibanos.



Acesse o questionário por esse QR Code



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DA PARAIBA



CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAIBA



Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba



APÊNDICE C – BOLETIM DE MONITORAMENTO DE RESPOSTAS DO Questionário- Gestores da APS-PB



DIAGNÓSTICO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA ESTRATÉGICA

Agradecemos todas contribuições dos gestores paraibanos e o apoio da SES-PB e COSEMS-PB, já alcançamos 221 municípios. Contamos com o apoio de vocês para completar toda Paraíba. Abaixo você pode verificar se seu município já participou da pesquisa:

Município sem resposta Município que respondeu

1ª Região Alhandra Bayeux Caaporã Cabedelo Conde Cruz do Espírito Santo João Pessoa Lucena Mari Pitimbu Riachão do Poço Santa Rita Sapé Sobrado	2ª Região Alagoinha Araçagi Araruna Bananeiras Belém Borborema Cacimba de Dentro Caiçara Casserengue Cuité Dona Inês Duas Estradas Guarabira Lagoa de Dentro Logradouro Mulungu Pilões Pilõesinhos Pirpirituba Riachão Serra da Raiz Serraria Sertãozinho Solânea Tacima	3ª Região Alagoa Grande Alagoa Nova Algodão de Jandaira Arara Areia Areial Esperança Lagoa Seca Matinhas Montadas Remígio Sebastião de Lagoa de Roça	4ª Região Baraúna Barra de Santa Rosa Cubati Cuité Damião Frei Martinho Nova Floresta Nova Palmeira Pedra Lavrada Picuí São Vicente do Seridó Sossêgo	5ª Região Amparo Camalaú Caraúbas Congo Coxíola Gurjão Monteiro Ouro Velho Parari Prata São João do Cariri São João do Tigre São José dos Cordeiros São Sebastião do Umbuzeiro Serra Branca Sumé Zabelê	6ª Região Areia de Baraúnas Cacimba de Areia Cacimbas Catingueira Condado Desterro Emas Junco do Seridó Mãe d'Água Malta Maturéia Passagem Patos Quixaba Salgadinho Santa Luzia Santa Terezinha São José de Espinharas São José do Bonfim São José do Sabugi São Mamede Teixeira Várzea Vista Serrana
7ª Região Aguiar Boa Ventura Conceição Coremas Curral Velho Diamante Ibiara Igaracy Itaporanga Nova Olinda Olho d'Água Pedra Branca Piancó Santa Inês Santana de Mangueira Santana dos Garrotes São José de Caiana Serra Grande	8ª Região Belém do Brejo do Cruz Bom Sucesso Brejo do Cruz Brejo dos Santos Catolé do Rocha Jericó Mato Grosso Riacho dos Cavalos São Bento São José do Brejo do Cruz	9ª Região Bernardino Batista Bom Jesus Bonito de Santa Fé Cachoeira dos Índios Cajazeiras Carrapateira Joca Claudino Monte Horebe Poço Dantas Poço de José de Moura Santa Helena São João do Rio do Peixe São José de Piranhas Triunfo Uiraúna	10ª Região Aparecida Lastro Marizópolis Nazarezinho Santa Cruz São Francisco São José da Lagoa Tapada Sousa Vitorópolis	11ª Região Água Branca Imaculada Juru Manaíra Princesa Isabel São José de Princesa Tavares	16ª Região Assunção Boa Vista Campina Grande Fagundes Juazeirinho Livramento Massaranduba Olivedos Pocinhos Puxinanã Santo André Serra Redonda Soledade Taperoá Tenório
13ª Região Cajazeirinhas Lagoa Paulista Pombal São Bentinho São Domingos		14ª Região Baía da Traição Capim Cuité de Mamanguape Curral de Cima Itapororoca Jacaraú Mamanguape Marcação Mataraca Pedro Regis Rio Tinto	12ª Região Caldas Brandão Gurinhém Ingá Itabaiana Itatuba Juarez Távora Juripiranga Mogeiro Pedras de Fogo Pilar Riachão do Bacamarte Salgado de São Félix São José dos Ramos São Miguel de Taipu	15ª Região Alcantil Aroeiras Barra de Santana Barrade São Miguel Boqueirão Cabaceiras Caturité Gado Bravo Natuba Queimadas Riacho de Santo Antônio Santa Cecília São Domingos do Cariri Umbuzeiro	

A pesquisa é desenvolvida em parceria com o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, a Fiocruz-Ceará, Departamento de Promoção da Saúde da UFPB e o Mestrado de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde-UFPB, com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB) e Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, e conta com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ-PB).

APÊNDICE D – BOLETIM INFORMATIVO DE PESQUISA



COSEMSPB CONSELHO DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA



BOLETIM DE PESQUISA-DEZEMBRO DE 2022, EDIÇÃO 1

DIAGNÓSTICO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA ESTRATÉGICA

Equipe de Pesquisa

André Luis Bonifácio de Carvalho- Coordenador Geral e Docente Pesquisador
Juliana Sampaio- Coordenadora Adjunta e Docente Pesquisadora
Jose Carlos de Lacerda Leite- Docente Colaborador
Edjavane da Rocha R. de Andrade Silva- Pesquisadora Colaboradora
José Felix de Brito Junior- Mestrando
Suelen Farias Costas dos Santos- Mestranda
Matias Aidan Cunha de Sousa- Discente de Iniciação Científica
Glenda Targino da Silva e Silva- Discente de Iniciação Científica

A pandemia de Covid-19 corroborou para a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS). Esta pesquisa surge de um recorte da Pesquisa Nacional: "Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família na Pandemia de COVID-19 na Paraíba", realizada por meio de survey eletrônico com os profissionais de saúde da Atenção Primária, buscando analisar o trabalho das equipes da APS durante a pandemia.



Esse Boletim tem como objetivo apresentar os resultados do processo de trabalho da APS durante a pandemia na Paraíba. O estudo foi desenvolvido junto a 63 (28,3%) municípios, contemplando todas as regiões de saúde, com 379 respondentes, no período de setembro de 2020 a março de 2021. Os dados foram submetidos à análise exploratória.

Parcerias e financiamento

A pesquisa é desenvolvida em parceria com o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, a Fiocruz-Ceará, Departamento de Promoção da Saúde da UFPB e o Mestrado de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde-UFPB, com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB) e Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Ela conta com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ-PB) por meio do Termo de Outorga - 3051/2021 e contemplado com Bolsa de Iniciação Científica por meio do edital N° 003/2022 - FAPESQ/UFPB.



Encontro do Coordenador do projeto André Luis Bonifácio com os dirigentes da Gestão estadual, em destaque o Secretário de Estado, Geraldo Medeiros (2021)



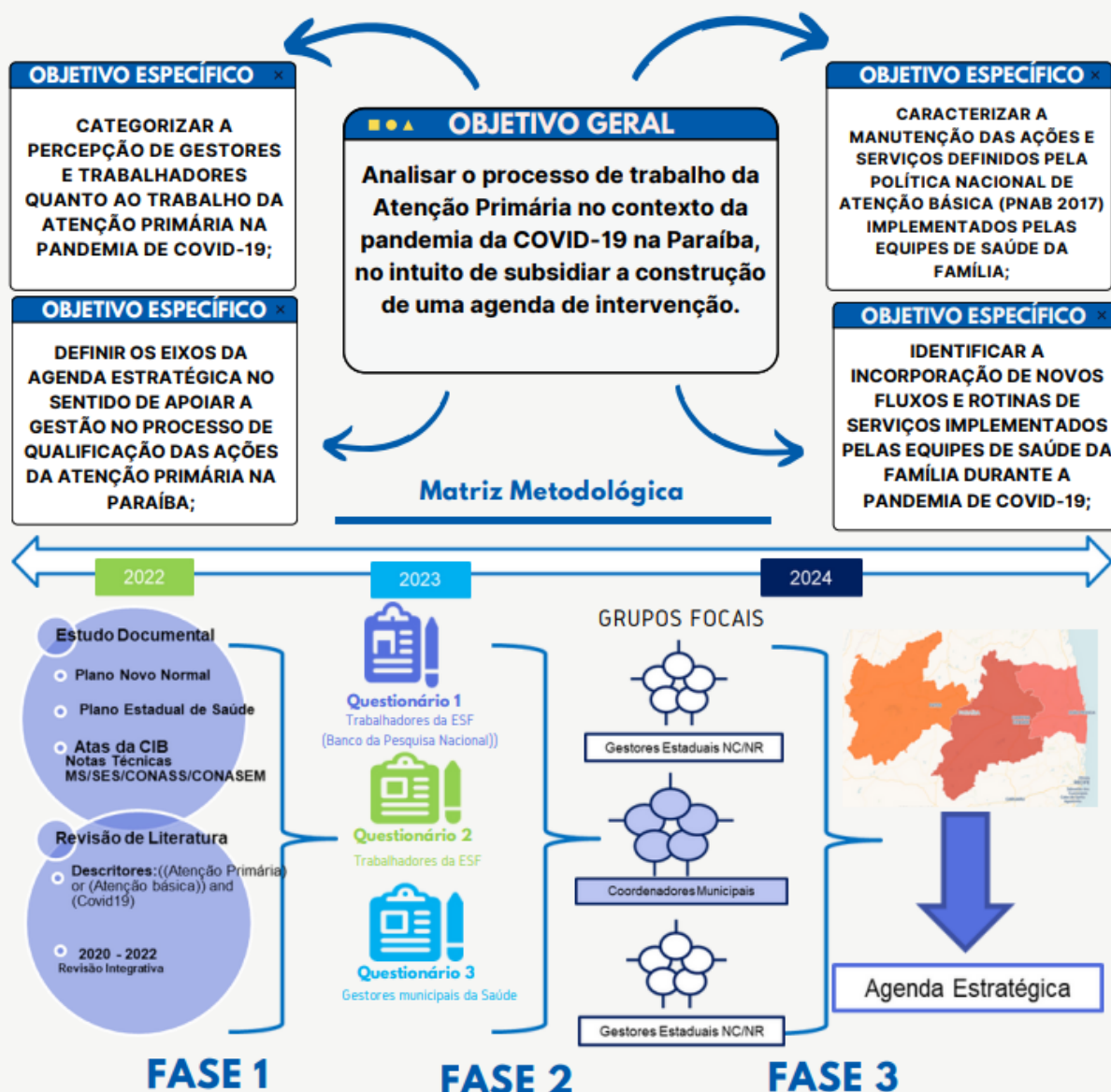
COSEMSPB CONSELHO DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA



BOLETIM DE PESQUISA-DEZEMBRO DE 2022, EDIÇÃO 1

Metodologia

A pesquisa se caracteriza como um estudo exploratório e descritivo, organizado em três fases: Fase I (Análise Documental e Revisão de Literatura); Fase II (Desenvolvimento e aplicação de Questionários) e Fase III (Realização de Grupo Focal). As articulações das bases de forma sinérgica propiciará o desenho da agenda estratégica que será apresentada aos gestores municipais e estadual em 2024, conforme disposto abaixo.



Este projeto de pesquisa foi selecionado no Edital Universal N°009/21 da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (Fapesq-PB) sendo aprovado para receber financiamento através do Termo de Outorga - 3051/2021.



COSEMSPB CONSELHO DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA



BOLETIM DE PESQUISA-DEZEMBRO DE 2022, EDIÇÃO 1



Foto 1



Foto 2

Foto 1: Resumos apresentados na Mostra "O SUS é o nosso lugar" da Escola de Saúde da PB em dezembro de 2022. Foto 2: resumo apresentado no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ocorrido em Salvador em novembro de 2022.

O questionário foi construído baseado nos seguintes documentos: (I) Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na APS; (II) Procedimentos Operacionais Padrão para a COVID-19 na APS; (III) Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde.

Dessa forma, os resultados foram consolidados em blocos, de acordo com temáticas abordadas no instrumento. Neste Boletim serão apresentados resultados dos blocos de "Vigilância em Saúde", "Atenção prestada a suspeitos doentes, e contatos, de COVID-19, implementadas pelas equipes de Saúde da Família e respectivos profissionais" e "Incorporação de novos fluxos ou rotinas de serviços implementados pelas equipes de ESF durante a pandemia de COVID-19".

Resultados da Pesquisa

Perfil da amostra

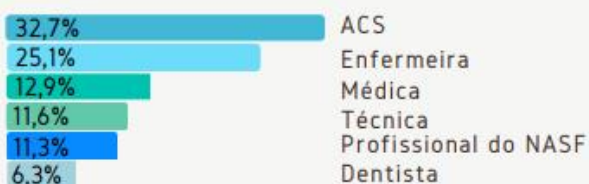
Distribuição dos/as participantes
de acordo com o gênero

84,9%

15,0%



Distribuição de profissionais



Vínculo empregatício

49,0% 37,2% 13,5% 0,3%

- Servidora estatutária
- Contrato temporário
- Outros vínculos
- Terceirizados



COSEMSPB CONSELHO DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA



BOLETIM DE PESQUISA-DEZEMBRO DE 2022, EDIÇÃO 1

Vigilância em Saúde

Ações realizadas pelos/as profissionais respondentes



75%

Acompanharam seus/suas usuários/as por telefone



67,9%

Afirmaram que sempre/na maioria das vezes receberam informações de usuários/as com COVID-19 que não procuraram a Unidade Básica de Saúde.



77,3%

Acompanharam até o desfecho final de usuários/as referenciados/as para as redes mais complexas



92%

Afirmaram que buscaram os/as contactantes de usuários/as infectados/as



As estratégias das equipes da ESF foram essenciais para o desenvolvimento da vigilância em saúde através do acesso às informações e do monitoramento de pessoas acometidas por COVID-19 e foram base para a continuação do cuidado de usuários/as no âmbito da Atenção Básica.

Atenção prestada a suspeitos doentes e contatos de COVID-19, implementadas pelas equipes de Saúde da Família e respectivos profissionais

Atendimento prioritário a grupos específicos	80,6%
Fornecimento de higienização das mãos	80%
Orientação do uso de máscara	78,4%
Novos cartões do SUS	77,3%
Realização de teste rápido	73,6%
Possuíam oxímetro	62,8%
Atendimento de 3000-4000	27%
Realização de teste RT-PCR	7,6 %





COSEMSPB CONSELHO DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA



BOLETIM DE PESQUISA-DEZEMBRO DE 2022, EDIÇÃO 1

Incorporação de novos fluxos ou rotinas de serviços implementados pelas equipes de ESF durante a pandemia de COVID-19 no estado da Paraíba

Situação de atuação de profissionais da ESF

94,4% Presencialmente

3,3% Remotamente

2,4% Dos/as profissionais foram remanejados para outros serviços municipais

Atividades presenciais realizadas pelos/as profissionais da ESF

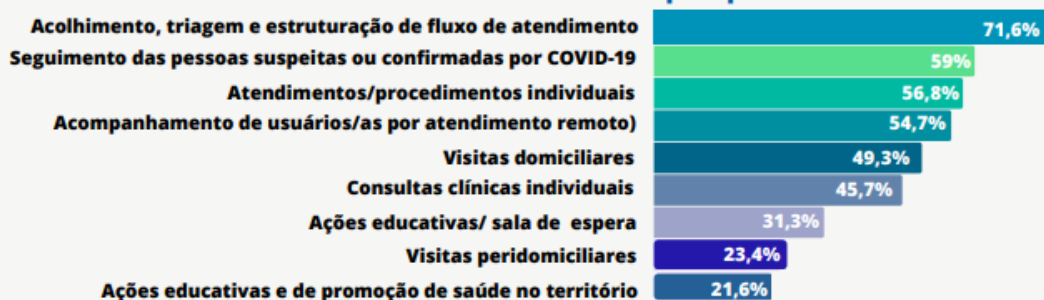
Atividades de rotinas de forma sistemática, como antes. 46,5%

Priorizando atividades relacionadas a COVID-19 e realização das atividades de rotina; 39,2%

Atividades de rotinas apenas quando aparece demanda. 7,3%

Somente atividades relacionadas a COVID-19. 0,6%

Atividades relacionadas a COVID-19 realizadas por profissionais da ESF



Alterações na infraestrutura/fluxos/rotinas da UBS



Percebe-se a participação de profissionais da ESF de forma ativa na linha de frente de combate a COVID-19, atuando presencialmente e adequando suas rotinas para atender à nova demanda de usuários/as com sintomas respiratórios. A pesquisa confirma que a ESF na Paraíba, apesar de suas fragilidades, é porta de entrada importante no cuidado das pessoas nos seus territórios e no enfrentamento de grandes crises sanitárias.

Este projeto de pesquisa foi selecionado no Edital Universal N°009/21 da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (Fapesq-PB) sendo aprovado para receber financiamento através do Termo de Outorga - 3051/2021.

APÊNDICE E – CARD DE DIVULGAÇÃO DE WEBNÁRIO: DESAFIOS ATUAIS DO SUS NA PARAÍBA



Dias 8 e 10 de novembro de 2022



14h às 17h



Transmissão ao vivo pelo Canal do YouTube do PPGSC-UFPB

Ideias, propostas e reflexões oriundas de produções no âmbito dos Programas de Pós-Graduação da área da Saúde Coletiva no Estado e dos processos e práticas dos gestores do SUS na Paraíba



Debatedora:

Profa. Dra. Gulnar Azevedo (UERJ)



Debatedor:

Prof. Dr. Luis Facchini (UFPEL)

Apoio:



GOVERNO DA PARAÍBA



COSEMSPB



Realização: