



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

**THAMYRES CORRÊA BARBOSA**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO  
ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Florianópolis – SC  
2022

Thamyres Corrêa Barbosa

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO  
ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação submetida ao Programa de Saúde Coletiva da  
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito  
parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde  
Coletiva  
Orientadora: Profa. Dra Maria Cristina Marino Calvo

Florianópolis – SC  
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Barbosa, Thamyres Corrêa  
Modelo de Avaliação da Gestão da Atenção Básica no  
Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 / Thamyres Corrêa  
Barbosa ; orientadora, Maria Cristina Marino Calvo, 2022.  
88 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva. 3. Atenção  
Primária à Saúde. 4. COVID-19. 5. Avaliação em Saúde. I.  
Marino Calvo, Maria Cristina. II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.  
III. Título.

Thamyres Corrêa Barbosa

**Modelo de Avaliação da Gestão da Atenção Básica no Enfrentamento da Pandemia de COVID-19**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros.

Prof.(a) Dr.(a) Cláudia Flemming Colussi,  
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dr.(a) Sonia Natal  
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dr.(a) Luana Gabrielle Nilson  
Instituição Fundação Universidade Regional de Blumenau

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

Prof.(a) Dr.(a) Marta Inez Machado Verdi  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UFSC

---

Prof.(a) Dr.(a) Maria Cristina Marino Calvo  
Orientadora

Florianópolis, 2022.

*Este trabalho é dedicado à minha mãe Tereza, meu pai Eurípedes (in memoriam), aos meus irmãos Marco, Priscila, Gabriela e Lander. Ao meu companheiro Ricardo, que sempre esteve ao meu lado nessa caminhada. À todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para realizá-lo e a todos que lutam e defendem o SUS.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu companheiro Ricardo, amor da minha vida, pela parceria, amor, apoio, paciência e colaboração nessa jornada.

Agradeço à minha mãe Tereza por sempre respeitar e apoiar minhas decisões. É meu exemplo de força e perseverança!

Aos meus amigos de longa data, Marina Barbosa, Thatiane Delatorre, Amanda Margatho, Suellen Gravonski, André Ribeiro e Luiz Fernando Nicz. Obrigada por todo apoio, vocês foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Aos meus amigos do mestrado, Marina Jacob, Sued Lopes, Eliana Funk, Vilson Silva e Luís Vieira, vocês foram luz nesses tempos difíceis. A amizade de vocês fez tudo isso valer a pena.

Agradeço à minha orientadora pelo aprendizado, paciência e compreensão nessa caminhada.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que financiou parte desta pesquisa por meio de concessão de bolsa.

*“Sim, era preciso recomeçar e a peste não esquecia ninguém por muito tempo. Durante o mês de dezembro, ela ardeu nos peitos dos nossos concidadãos, iluminou o forno, povoou os acampamentos sombrios de mãos vazias, não deixou, enfim, de progredir, paciente e sincopada. As autoridades tinham contado com os dias frios para deterem esse avanço e, contudo, ele passava pelos primeiros rigores da estação sem desanimar. Era preciso esperar ainda. Mas, depois de tanto esperar, não se espera mais – e a nossa cidade inteira vivia sem futuro.”*

*A peste – Albert Camus*

## RESUMO

A emergência da pandemia de COVID-19 desafiou sistemas de saúde mundo afora e a Atenção Primária à Saúde foi reconhecidamente protagonista na mitigação dessa pandemia. Uma vez que o serviço depende diretamente de suporte administrativo que ofereça condições adequadas para o atendimento, uma avaliação da gestão da atenção básica, justifica-se, pois, gera informações que subsidiam o gestor em suas decisões na garantia do acesso à saúde da população e na qualidade do serviço ofertado. Este estudo de avaliabilidade produziu uma proposta de matriz avaliativa da Gestão da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento à COVID-19, construída com base no modelo teórico-lógico do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na dimensão Gestão Municipal de Saúde e nas suas subdimensões Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura. Dessa forma, para cada subdimensão foram desenvolvidos quatro indicadores, de acordo com os critérios de relevância, efetividade, eficiência e eficácia, com medidas e parâmetros. O estudo concluiu que a matriz tem potencial avaliativo e oferece uma proposta a ser utilizada como subsídio para avaliações futuras.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, COVID-19, Gestão Municipal, Avaliabilidade, Avaliação



## ABSTRACT

The emergence of the COVID-19 pandemic challenged health systems around the world and Primary Health Care was recognized as a protagonist in the mitigation of this pandemic. Since the service depends directly on administrative support that offers adequate conditions for care, an evaluation of the management of primary care is justified, as it generates information that supports the manager in his decisions in guaranteeing access to the population's health and in the quality of the service offered. This evaluability study produced a proposal for an evaluative matrix for the Management of Primary Health Care in Coping with COVID-19, built on the theoretical-logical model of the Center for Extension and Research in Health Assessment (NEPAS) of the Federal University of Santa Catarina. Catarina (UFSC), in the Municipal Health Management dimension and in its sub-dimensions Intersectoral Action, Popular Participation, Human Resources and Infrastructure. Thus, for each sub-dimension, four indicators were developed, according to the criteria of relevance, effectiveness, efficiency and effectiveness, with measures and parameters. The study concluded that the matrix has evaluative potential and offers a proposal to be used as a subsidy for future evaluations.

**Keywords:** Primary Health Care, COVID-19, Municipal Management, Evaluability, Evaluation

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Modelo Teórico da Gestão da Atenção Básica - NEPAS-UFSC (2007) .....	29
Figura 2 - Estrutura da Matriz Avaliativa do Modelo NEPAS.....	29

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Subdimensão “Atuação Intersetorial” da Matriz de Avaliação da Gestão Municipal de Saúde no Enfrentamento ao COVID-19..... **Erro! Indicador não definido.**
- Quadro 2 - Subdimensão “Participação Popular” da Matriz de Avaliação da Gestão Municipal de Saúde no Enfrentamento ao COVID-19..... **Erro! Indicador não definido.**
- Quadro 3 - Subdimensão “Recursos Humanos” da Matriz de Avaliação da Gestão Municipal de Saúde no Enfrentamento ao COVID-19 ..... **Erro! Indicador não definido.**
- Quadro 4 - Subdimensão “Recursos Humanos” da Matriz de Avaliação da Gestão Municipal de Saúde no Enfrentamento ao COVID-19 ..... **Erro! Indicador não definido.**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

APS: Atenção Primária a Saúde

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CFB: Constituição Federal Brasileira

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CMS: Conselho Municipal de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

Equipe de AB: Equipes de Atenção Básica

Equipe SF: Equipes Saúde da Família

MAJ: Matriz de Avaliação e Julgamento

MS: Ministério da Saúde

NEPAS: Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

PCATool: Primary Care Assessment Tool

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ: Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PSF: Programa Saúde da Família

RH: Recursos Humanos

UBS: Unidades Básicas de Saúde

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	18
3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	23
3.3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
3.4 GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	31
3.4.1 ATUAÇÃO INTERSETORIAL.....	32
3.4.2 PARTICIPAÇÃO POPULAR.....	34
3.4.3 RECURSOS HUMANOS .....	37
3.4.4 INFRAESTRUTURA.....	39
3.5 COVID-19 .....	41
4 METODOLOGIA.....	51
5 RESULTADOS .....	52
5.1 ARTIGO 1 - MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DE COVID-19 .....	52
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 tem sido um desafio sem precedentes para a maior parte dos países do mundo, que desde o final de 2019 e início de 2020, vem enfrentando uma grave crise sanitária. Essa pandemia, de graves consequências, impactou nos mais diversos âmbitos da vida social, provocando mudanças de hábitos, criando novas rotinas e semeando incertezas.

Diante deste contexto de crise mundial e nacional, a saúde se tornou o centro dos debates. Assim, surgem questões no âmbito da gestão da saúde de como garantir o acesso e os cuidados essenciais neste momento, como garantir a atuação de qualidade junto à população, e como avaliar os resultados obtidos com as escolhas tomadas. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se destacado e vem sendo discutida mundialmente como uma forte aliada no enfrentamento da pandemia.

Desde a década de 1970, a APS tem sido preconizada como estruturante em sistemas de saúde universais. Estima-se que esse nível de atenção é responsável por atender 85% dos problemas de saúde da população. Além disso, beneficia os sistemas de atenção à saúde ao prover maior acesso aos serviços necessários, focando na promoção da saúde e na prevenção de doenças, na redução da mortalidade, no diagnóstico e tratamento precoce de doenças, na redução de procedimentos especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais, na melhor qualidade do cuidado e em menores taxas de hospitalização (MENDES, 2011, p. 155).

A APS é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e a coordenadora do cuidado. Sua estratégia contempla ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do usuário e de sua família. Com abordagem multiprofissional, propõe abranger todos os ciclos de vida de forma integral e contínua (BRASIL, 2006; STARFIELD, 2002). Nesse sentido, este nível de atenção é protagonista na atuação em surtos e epidemias devido seus atributos, pelo atendimento resolutivo e pelo potencial de rastreio e identificação precoce de casos graves que requerem atenção especializada. Além disso, pode atender a maior parte das necessidades de saúde tanto em âmbito individual quanto coletivo (ARANTES, SHIMIZU, ERCHÁN-HAMANN, 2016).

Ao longo dos últimos 30 anos, foram pensadas estratégias para a implantação e desenvolvimento da APS no Brasil na tentativa de mudanças na forma de se produzir saúde e ultrapassar os modelos com ênfase econômica, com características centralizadoras, burocráticas

e mecanicistas herdados dos modelos de gestão do início da Revolução Industrial e do período ditatorial (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi iniciado o processo de descentralização e municipalização da APS, que passou a ser denominada de Atenção Básica à Saúde (AB) para reforçar a reorientação do modelo assistencial de caráter universal e integrado. A partir disso, a gestão municipal passou a ser responsável pela implementação e consolidação das políticas do SUS (IBAÑEZ et al., 2015).

Os serviços de saúde necessitam oferecer condições adequadas para o atendimento das demandas dos cidadãos, sendo essencial a utilização de dispositivos que estimulem e fortaleçam a qualidade. Nesse sentido, as ações de avaliação e monitoramento se destacam ao fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da atenção à saúde (LIMA et al., 2018).

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde no Brasil é relevante para a adequação das políticas públicas junto às necessidades de saúde da população, assim como para a destinação dos investimentos e a melhoria da saúde do país. O uso da avaliação constitui-se como um mecanismo importante para a qualificação das ações e dos cuidados a saúde da população (COLUSSI, 2010).

A avaliação da APS não tem sido tarefa fácil. Ainda perduram diversos obstáculos metodológicos, referente ao processo avaliativo, decorrentes da diversidade dos contextos de sua implantação e por referir-se a uma complexa intervenção em saúde (IBAÑEZ et al., 2015). No entanto, apesar de complexa, justifica-se a avaliação da gestão da AB, pois gera informações que subsidiam o gestor em suas decisões na garantia do acesso à saúde da população e da qualidade do serviço ofertado.

O Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, teve sucesso ao desenvolver e aplicar um modelo de avaliação da atenção básica voltado à avaliação da gestão municipal em Santa Catarina, de 2010 a 2015.

O modelo do NEPAS, tem como concepção de qualidade, o valor e o mérito de um determinado objeto e apresenta duas dimensões: Gestão do Sistema Municipal de Saúde, que corresponde à capacidade do gestor de garantir o acesso aos serviços de saúde por meio de quatro eixos de atuação: Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura e; Provimento da Atenção Básica, que diz respeito às ações de prevenção e

promoção; diagnóstico e tratamento com abordagem dos quatro ciclos vitais: criança, adolescente, adulto e idoso (NICKEL, 2013).

Tendo em vista a importância da avaliação e do monitoramento das ações realizadas no âmbito do SUS para qualificar a atenção à saúde, e dada a importância da APS nesse contexto, a proposta desta dissertação foi desenvolver um Modelo de Avaliação da Gestão da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia de COVID-19, utilizando como referência o modelo NEPAS e tem como escopo somente a dimensão da Gestão do Sistema Municipal de Saúde nos seus quatro eixos de atuação - Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura.

Acredita-se que a pandemia evidencia uma oportunidade para avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que os estudos indicam que cerca de 80% dos casos são leves e grande parte dos moderados procuram a rede básica como primeiro acesso na busca de cuidados (DUNLOP et al., 2020). A avaliação desses serviços de saúde pode auxiliar na compreensão do seu papel face aos desafios impostos pela COVID-19 no país.



## **2 OBJETIVOS**

Nas seções abaixo estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos desta dissertação.

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Propor uma matriz de indicadores para avaliar as ações da gestão no âmbito da atenção primária à saúde no enfrentamento a pandemia de COVID-19.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Formular indicadores para avaliação das ações da gestão da Atenção Básica, no que se refere à Atuação Intersetorial no enfrentamento a pandemia de COVID-19;
- b) Formular indicadores para avaliação das ações da gestão da Atenção Básica, no que se refere à Participação Popular no enfrentamento a pandemia de COVID-19;
- c) Formular indicadores para avaliação das ações da gestão da Atenção Básica, no que se refere aos Recursos Humanos no enfrentamento a pandemia de COVID-19,
- d) Formular indicadores para avaliação das ações da gestão da Atenção Básica, no que se refere à Infraestrutura no enfrentamento a pandemia de COVID-19;
- e) Validar os indicadores propostos.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão abordados temas referentes ao modelo teórico-lógico do NEPAS e a matriz avaliativa utilizada para a avaliação da gestão da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19. A Atenção Primária à Saúde é o ponto central e se destaca como a principal porta de entrada do SUS. Assim, o texto apresenta pontos de sua história, conceitos e política. Nos tópicos Avaliação em Saúde e Avaliação da Atenção Primária à Saúde apresenta-se um breve panorama acerca da avaliação, abordando os tipos de avaliação e como a avaliação da APS tem sido realizada, auxiliando na reflexão sobre o que os diferencia na sua função, contexto e objetivos. O tema Gestão Municipal de Saúde é o arcabouço que comporta os demais temas: Participação Popular, Recursos Humanos, Intersetorialidade e Infraestrutura; que compõe aspectos essenciais para garantir o acesso à saúde pela população. Esses temas dialogam e se complementam.

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No final dos anos 70, o modelo hospitalocêntrico passou a ser criticado, tanto por questões econômicas, como pela sua resolutividade. A Atenção Primária passou a ser proposta como melhor alternativa para uma nova forma de organização dos serviços de saúde (BRAGA NETO, 2008).

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) realizada em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A partir deste momento, a saúde passou a ser reconhecida como direito humano básico e a APS já acenava como estratégia principal para o sucesso da meta “Saúde para Todos no Ano 2000” (MENDES, 2011).

A definição em Alma-Ata compreendia a APS como sendo o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades, sendo a base central de um sistema de saúde (MENDES, 2011).

Paralelamente à Alma-Ata, em 1978 o *Institute of Medicine* definiu alguns atributos à APS, como a acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e transparência. (MENDES, 2012, p. 150). Porém, em 2002, Barbara Starfield tornou essa concepção mais ampla, a fim de orientar recursos para as necessidades da população e dar menos ênfase nas tecnologias mais densas voltadas a condições agudas; e para além dos atributos já estabelecidos,

acrescentou também os atributos de primeiro contato, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária (STARFIELD, 2002).

De maneira geral, a APS pode ser denominada como o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde, acessível, resolutivo e que atende a maior parte dos agravos de saúde de indivíduos (GIOVANELLA, 2012). A APS é considerada uma estratégia proveniente de um modelo de determinação social de saúde, que considera que ciência e política se relacionam estreitamente. Isto é, condições básicas de vida, como acesso a moradia, educação e emprego, impactam diretamente na saúde dos indivíduos (KELEHER, 2001).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é denominada como Atenção Básica à Saúde, e é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

Mendes (2002) aponta que as diferentes formas conceituais da APS se devem a ambiguidade nos registros em documentos de foros internacionais e que são passíveis de interpretações. Com isso, o autor sugere três interpretações da APS: atenção primária à saúde seletiva, atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde, e atenção primária como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

A APS seletiva é interpretada como

“um programa específico destinado a populações e regiões pobres às quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica” (p. 10).

A APS como nível primário é entendida como

“o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível” (p. 10)

A APS como estratégia é definida como

“uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção

primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde”  
(p. 10)

Estudos realizados em diferentes partes do mundo têm apontado que este nível de atenção se mostrou fundamental para a efetividade dos sistemas de saúde e principalmente para a melhoria das condições de vida da população. Sistemas de atenção à saúde orientados para a atenção primária apresentaram maior eficiência, melhoraram a equidade na oferta de serviços, os resultados sanitários, minimizaram gastos e atingiram menores taxas de hospitalização e menores taxas de mortalidade por todas as causas (MENDES, 2012).

No Canadá e em alguns países da Europa, ocorreram diversas mudanças no sistema de saúde a fim de dar ênfase à APS e colocar em prática os atributos de coordenação, universalização, acesso, equidade e integração dos serviços (GIOVANELLA, 2008).

Na América Latina, nos anos 2000, verifica-se que os países Bolívia, Brasil, Equador, Guiana, Paraguai, Uruguai e Venezuela têm seus sistemas de saúde orientados de acordo com a concepção de atenção primária a saúde definida em Alma-Ata. Neles, ainda ocorrem processos de reforma da APS, na busca em alcançar uma atenção integral com oferta de ações preventivas, assistenciais e de promoção à saúde (GIOVANELLA e ALMEIDA, 2017).

No Brasil, em conformidade com o que ocorria internacionalmente, a proposta de um modelo de proteção social mais abrangente e universal surgiu em meados da década de 70 (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). No entanto, somente com a publicação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de toda a população e um dever do Estado (BRASIL, 1988). No artigo 198 da Constituição Federal, o SUS é definido como “ações e serviços de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado” (BRASIL, 1990).

Um dos pontos fundamentais para o processo de mudança na saúde brasileira foi a regulamentação da Lei 8080 de 1990 e da Lei 8.142 do mesmo ano. Ambas discorrem sobre o funcionamento do SUS e sobre os recursos financeiros para a área. Além disso, vale destacar a proposta de descentralização e a responsabilidade dos municípios pela oferta e organização dos sistemas de saúde locais (BRASIL, 2006).

Com base nessas leis, em 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a implantação da APS no Brasil. O PSF foi

originalmente criado a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL 2006).

Em 1996, com a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), o PSF foi definido como a estratégia principal de reorganização da APS. A NOB/96 estabeleceu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e determinou incentivos financeiros aos municípios que aderissem ao PSF e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), de maneira que a transferência dos recursos federais para o financiamento desses programas fosse automática (IBAÑEZ et al., 2015).

Essa definição reverberou em ações concretas e, em 1998, foi criado o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica, processo de renovação regular no qual se negocia intergestores a definição de metas para avaliação e monitoramento da Atenção Básica no SUS (GM et al., 2003).

O PSF propiciou a ampliação da cobertura de saúde. Caracterizou-se como um modo de organizar o processo de trabalho e compor a equipe, com base no território e responsabilidade sanitária (MOROSINI; FONSECA e LIMA, 2018). Assim, o PSF expandiu limites e mudou a maneira de se pensar o cuidado em saúde, passando de status de programa, que operacionalizava as ações, a uma estratégia de reorganização do modelo de atenção, tornando-se assim a Estratégia Saúde da Família (ESF) (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

O fortalecimento da APS por meio da ESF foi gradual e se deu por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), publicada na primeira versão com a Portaria 648 de 3 de março de 2006, no contexto do Pacto pela Saúde. Esta PNAB aumentou o escopo e o conceito da AB, revisou as atribuições das Unidades Básicas de Saúde e reconheceu a existência das modalidades de UBS com ou sem ESF. (BRASIL, 2006)

Nos anos 2000, as Equipes de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram incorporados e, assim, a ESF foi expandida nos grandes centros urbanos. No entanto, problemas como subfinanciamento, infraestrutura inadequada e a dificuldade de contratação de médicos persistiram. A partir de 2011, iniciou-se um movimento de transformações e busca por soluções desses problemas. Nesse sentido, foram criados programas como o Requalifica UBS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos. Também foi criado o e-SUS AB, com a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios alterando normativas a fim de ampliar e aprimorar a qualidade dos serviços

prestados. Ainda foram criadas diversas modalidades de atendimento, como consultórios para população de rua, ribeirinhas e fluviais (PINTO, SOUSA e FERLA, 2014).

O orçamento federal da AB foi ampliado, oferecendo condições para a efetivação das mudanças pretendidas e das ações que lhes dariam materialidade, possibilitando maior permanência médica em áreas de maior vulnerabilidade social, além do crescimento da cobertura da ESF. Como resultado, o número de ESF aumentou de 34.724 em 2013, para 40.162 em 2015 (CAMPOS e JÚNIOR, 2016).

Tais iniciativas, no entanto, não são suficientes diante de um cenário cada vez mais marcado pelo subfinanciamento, pela precarização do trabalho, pela carência de formação profissional e pela dificuldade de integração da AB com os demais elementos da rede de atenção básica. O curto tempo do programa, bem como seus limites próprios, também se contabilizam às dificuldades. No decorrer do tempo, os municípios foram assumindo cada vez mais responsabilidades, enquanto, no que toca a AB, a participação estadual é diminuta. Mesmo com a PNAB de 2011 concentrando esforços para atender aos anseios dos gestores municipais por maiores recursos, mais médicos e mais autonomia, a maior parte dos recursos das ESF estão sob responsabilidade dos municípios (MENDES e MARQUES, 2014).

A crise política, que marca o início do segundo mandato de Dilma Rousseff, atingiu diretamente o SUS. Em 2014, a aprovação, por lei federal, do piso salarial, bem como, da obrigação de contratação por vínculo direto, para as ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE) oneraram sobremodo o município, responsável pelas contratações. (BRASIL, 2014). Em 2016, a agenda nacional se volta para a revisão da PNAB, marcada pela portaria que fomentava a presença de mais técnicos de enfermagem, em detrimento da participação de ACS. A portaria foi revogada depois de polêmicas e de pressões políticas.

Em 2017, foram alteradas as regras de financiamento federal do SUS, que de seis blocos passou a dois (BRASIL, 2017). A Emenda Constitucional 95/20, congelou os investimentos públicos por 20 anos, foi mais uma muralha erguida contra o avanço da saúde pública de qualidade. Concomitante a todos estes retrocessos, o discurso adotado pelos sucessivos ministros da saúde, desde 2015, é o da primazia dos interesses econômicos sobre o bem estar social, incentivando a criação de planos de saúde privados, de caráter popular e a desregulação do setor de saúde suplementar. Nesse cenário, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS instituiu uma nova PNAB em 2017 (BRASIL, 2016; MELO et al., 2018).

As PNAB fortaleceram a Atenção Primária à Saúde no Brasil e colaboraram com a implantação dos princípios e diretrizes do SUS, de maneira que possibilitaram questionamentos fundamentais em relação ao modelo de atenção e a gestão em saúde nos municípios (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018). Entretanto, em sua última versão causou polêmica ao romper com a lógica organizacional do SUS e retirar a obrigatoriedade do agente comunitário de saúde da composição da equipe multiprofissional e permitir que os gestores municipais recebam recursos financeiros federais por outras configurações das equipes de AB (ABRASCO, 2017).

Por outro lado, instituições como o CONASS e CONASEMS defendem que as mudanças na PNAB 2017 foram reivindicadas pelos gestores municipais que a executam e apontam que com as mudanças, os municípios passariam a receber recursos financeiros federais pelo que fazem e que as comunidades mais distantes teriam ganhos importantes com o financiamento agora possível, e que isso não exclui a prioridade da ESF (CONSENSUS, 2017).

A PNAB também estabelece as competências do gestor municipal para que esse possa garantir o acesso e a saúde dos seus munícipes por meio das funções dadas para as Secretarias Municipais de Saúde, sendo elas: execução e gerenciamento dos serviços e ações da Atenção Básica; organização do fluxo de atendimento por meio das Linhas de Cuidado; atualização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; mobilização da população e garantia de espaço para o controle social; inserção da ESF no município; definição de estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; garantia da qualificação profissional por meio da educação permanente; realização da gestão do trabalho; garantia de recursos materiais e insumos para funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial (BRASIL, 2017). Além disso, também traz a figura do gerente da AB, com a função de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, coordenação das ações no território e integração da Unidade Básica de Saúde (UBS) com outros serviços (BRASIL, 2017).

### **3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

Não há definição única e constante de avaliação e seus significados variam na história. Do mesmo modo, a forma de fazê-la e seus propósitos estão em constante debate e transformação. Entende-se que a avaliação se tornou mais fundamentada e esclarecida com o tempo, mas que mesmo o seu atual entendimento está sujeito à substituição, dado estar submetido a um processo incessante de construção e revisão (GUBA e LINCOLN, 2011).

Para Malik e Schiesari (1998), avaliar constitui-se como um processo de determinação do valor de algo. Ou seja, definir se um objeto é bom, ruim, correto ou não, se está sendo realizado de maneira mais eficiente ou eficaz.

A avaliação na década de 1920 ocupou-se em medir; na de 1930, somaram-se os objetivos de descrever e comparar; já em 1950, incorporou-se a emissão de juízo de valor. Hoje, nas discussões sobre avaliação, os aspectos inerentes ao objeto avaliado deram espaço aos atores envolvidos, aspectos éticos e culturais (GUBA e LINCOLN, 2011).

A preocupação com a avaliação em saúde iniciou-se com a responsabilização do Estado por políticas sociais após a Segunda Guerra Mundial, dada a necessidade de eficiência no investimento público. Desde então, sua metodologia e conceitos estão em construção, com a aplicação de conhecimento de diversas áreas, não sendo considerada uma ciência específica (TANAKA e MELO, 2004).

Existem diversas abordagens de avaliação, dentre elas, a mais utilizada na saúde é a de Avedis Donabedian, que propôs a tríade “estrutura-processo-resultado” com indicadores estruturais, do processo de trabalho e dos resultados aferidos (CALVO e HENRIQUE, 2006). Donabedian contribuiu para a avaliação em saúde no que tange à noção de qualidade, sintetizada nos chamados “sete pilares da qualidade”, constituídos pelos referenciais de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1980).

A avaliação em saúde é uma importante função da gestão, e envolve negociação e pactuação entre diversos atores, sempre mediada por relações de poder. Os resultados de uma avaliação variam de acordo com o aspecto do objeto avaliado, e pelas concepções, critérios, valores e motivação dos envolvidos (CALVO, HENRIQUE, 2006).

As avaliações são definidas por fatores como: o momento de realização, os seus objetivos, os atores envolvidos, a sua natureza, a sua escala e o público interessado. Em função do momento, as avaliações podem ser *ex-ante* ou *ex-post*, a primeira sendo realizada antes de começar o projeto (custo-benefício ou custo-efetividade), e a segunda durante (processo ou impacto) ou depois (impacto) (COHEN e FRANCO, 2008).

Pode-se definir como critério aquilo que dá sustentação a uma comparação ou julgamento. Donabedian (1980) elenca 7 critérios como pilares da qualidade, que são: eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, otimização, legitimidade e equidade. A avaliação da



qualidade da gestão na educação, por exemplo, utiliza critérios de eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Para Sander (1995), conceitualmente a eficiência caracteriza-se pelo desempenho econômico; eficácia como critério de desempenho político, efetividade, como critério social e relevância como um critério cultural.

Ao avaliar é necessário considerar a quem interessa a avaliação, sendo que técnicos, decisores, usuários, sociedade ou trabalhadores de saúde têm interesses em aspectos distintos de uma política de saúde. A avaliação, as técnicas e os objetivos variam de acordo com a complexidade do objeto, ou seja, sistemas de saúde, programas e serviços, ou procedimentos e ações terão abordagens distintas de avaliação. A finalidade da avaliação, é o que determina o enfoque do processo (CALVO, HENRIQUE, 2006).

Os dados para a avaliação podem ter diversas fontes e ser quantitativos ou qualitativos. A abordagem quantitativa é utilizada para uma aproximação do objeto e permite extrapolação a outros contextos, já a abordagem qualitativa é utilizada para um aprofundamento. Se faz possível a combinação das duas abordagens (CALVO e HENRIQUE, 2006).

Uma premissa para trabalhar com avaliação é a escolha da metodologia, critérios, indicadores e parâmetros (MALIK e SCHIESARI, 1998). Neste contexto, o uso de modelos teóricos de avaliação foram a opção de países como o Canadá para avaliar os efeitos de suas intervenções referentes à administração pública. Este tipo de modelo é capaz de descrever a funcionalidade de um programa por meio de síntese dos seus principais componentes, ilustrando assim a forma como o avaliador compreende o objeto a ser avaliado (MOREIRA, 2002, p.17).

Para avaliar uma intervenção é fundamental que seja estabelecido seu modelo lógico, a fim de que sejam feitas perguntas adequadas e de que se possa corretamente atribuir efeitos à mecanismos específicos. Vale destacar, que o modelo geralmente não é concebido desde o início de uma intervenção, assim, cabe ao momento de construção do modelo explicitar a lógica, muitas vezes intuitiva, que guiou a sua concepção (CHAMPAGNE et al., 2011).

Hartz (2005) aponta que uma matriz de avaliação necessita abarcar os critérios, indicadores e parâmetros que irão compor o modelo teórico. No que se refere à indicadores, Tanaka e Melo (2004), citam que se trata de um meio e não um fim para se avaliar um contexto específico.

Para a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa (2008) os indicadores são medidas-sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, que “vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde”<sup>1</sup>.

Quanto aos parâmetros, é necessário estabelecer um padrão com base em conhecimento científico e utilizar da comparação para se chegar ao juízo de valor. O parâmetro deve ser uma referência para o avaliador, e também pode basear-se no objetivo da avaliação (TANAKA, MELO, 2004). Além disso, os parâmetros correspondem ao padrão esperado que será usado para a comparação, no que se refere ao juízo de valor proposto para a avaliação. Assim, o julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas, quando em uma avaliação normativa, ou elaborado a partir de um procedimento científico para pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Para Costa e Castanhar (2003) a escolha de um elenco de critérios e o uso de um conjunto de indicadores substancial configuram uma metodologia de avaliação e permite efetuar um julgamento regular e eficaz quanto ao desempenho dos programas por meio de comparação com padrões de desempenho estabelecidos previamente.

No processo de construção da matriz avaliativa, a definição de parâmetros e indicadores pode ser realizada por meio de oficina de consenso, como por exemplo, o uso da técnica de Delphi. Esta técnica tem por objetivo a consolidação do julgamento intuitivo de um grupo. Todos os participantes têm condição de anonimato e não há encontros, apenas troca de informações por escrito (ONOCKO-CAMPOS et al., 2011).

### **3.3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Desde a década de 1990, o Ministério da Saúde vem induzindo fortemente a adesão à Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma nova abordagem em Atenção Primária à Saúde (APS). Ao longo dos anos de implantação, sua abrangência foi ampliada e assumida como estratégia prioritária para a reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (BRASIL 2017).

Esse importante processo de expansão da APS no país, apesar de não ter sido sistematicamente monitorado durante todo o período, foi acompanhado por iniciativas de

---

<sup>1</sup> Disponível em :<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/aspectos.pdf>. Acessado em: 20/01/2020.

avaliação e de processos de incentivo da institucionalização da avaliação da Atenção Básica no SUS (CEBES, 2014).

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e, como estratégia indutora de um processo perene e gradual de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica, implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a partir de 2012 (AKERMAN e FURTADO, 2016).

Neste sentido, é essencial identificar as fragilidades que prejudicam a organização e operacionalização da AB. Ademais, devido às desigualdades de demanda, oferta e necessidade nos distintos municípios brasileiros, a identificação das deficiências e das potencialidades da AB se constitui como uma ferramenta essencial no que tange a tomada de decisão do gestor municipal (MICLOS, CALVO e COLUSSI, 2016).

A necessidade de avaliação deste nível de atenção também é acentuada pela pluralidade do território brasileiro, assim como questões demográficas, sociais e epidemiológicas que influenciam no desempenho desigual dos serviços na AB. Outro ponto de atenção trata-se da descentralização político-administrativa, que tornou os gestores municipais protagonistas na gestão do sistema de saúde e responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde (CASTRO e MACHADO, 2010; VIEIRA, GARNELO e HORTALE, 2010).

Para mensurar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária a saúde, Barbara Starfield e demais colaboradores desenvolveram no período de 1997 a 2001 o instrumento PCATool. A aplicação deste instrumento permite medir o quanto um serviço é direcionado à atenção primária. É usado frequentemente para medir qualidade e está difundido em todo o mundo, traduzido para diversas línguas e validado em diversos países (BRASIL, 2010).

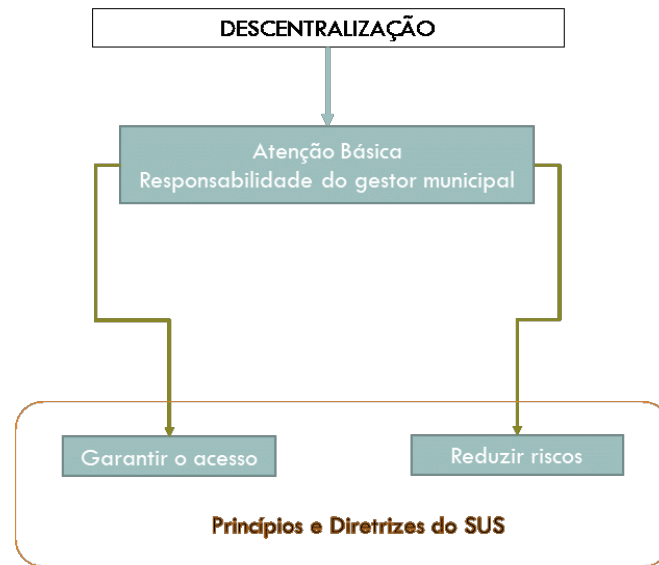
Além disso, há outros instrumentos utilizados para avaliação da APS. São eles: O WHO *Primary Care Evaluation Tool* (PCET), instrumento utilizado em muitos países que buscam reformas profundas e abrangentes na saúde; o PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde) utilizado na agregação de dados de atendimento produzindo assim informação epidemiológica de maneira a apoiar a gestão; e o *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ) que auxilia na avaliação da satisfação do usuário (FRACOLLI et al., 2014).

Desenvolvido em 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) contribuiu com a cultura da avaliação no SUS e teve como principal objetivo ampliar a cobertura da ESF e contou com três eixos de atuação: (a) Apoio à conversão e expansão da estratégia Saúde da Família nos municípios; (b) desenvolvimento de recursos humanos para trabalho na estratégia Saúde da Família; e (c) monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2005a)

No estado de Santa Catarina, o PROESF estimulou o fortalecimento da avaliação da AB por meio do desenvolvimento institucional de um modelo de avaliação para os municípios catarinenses. Uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) e o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) resultou na proposta de um indicador sintético para avaliar o desempenho da gestão da AB dos municípios catarinenses (NICKEL et al., 2014).

Este modelo de avaliação aborda duas dimensões – Gestão do Sistema Municipal de Saúde e Provimento da Atenção Básica e cada dimensão compreende quatro focos de avaliação. No que se refere aos riscos de doenças e de outros agravos, a dimensão de Provimento da Atenção Básica tem como focos a Criança, o Adolescente, o Adulto e o Idoso, abrangendo assim todo o ciclo de vida. Dessa forma, as ações de saúde em cada um dos ciclos de vida podem ser avaliadas com base na integralidade e pressupondo ações de promoção e prevenção, assim como diagnóstico e tratamento. A dimensão Gestão do Sistema Municipal de Saúde tem como foco ações referentes aos princípios de equidade e abarca as subdimensões de Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura, que tange a garantia de acesso aos serviços (COLUSSI, 2015). O modelo está ilustrado na figura abaixo (Figura 1).

Figura 1 - Modelo Teórico da Gestão da Atenção Básica - NEPAS-UFSC (2007)



Fonte: NEPAS-UFSC (2007).

Para a construção deste modelo, se tomou como pressuposto, a responsabilidade do gestor municipal de saúde em adotar medidas para oferecer qualidade dos serviços de atenção básica exigida por protocolos clínicos, assim como, assegurar o atendimento pleno aos princípios e diretrizes do SUS no que diz respeito à universalidade, equidade e integralidade do provimento dos serviços, à participação social e a intersetorialidade para execução dos serviços (SCARATTI, 2007)

O projeto-piloto construído para ilustrar a metodologia de avaliação da AB contempla 40 indicadores e medidas que geraram uma matriz avaliativa, como observa-se no quadro abaixo:

Figura 2 - Estrutura da Matriz Avaliativa do Modelo NEPAS

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	
	Promoção e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento
Atuação Intersetorial (04 Indicadores)	Criança (03 Indicadores)	Criança (03 Indicadores)
Participação Popular (04 Indicadores)	Adolescente (03 Indicadores)	Adolescente (03 Indicadores)
Recursos Humanos (04 Indicadores)	Adulto (03 Indicadores)	Adulto (03 Indicadores)
Infraestrutura (04 Indicadores)	Idoso (03 Indicadores)	Idoso (03 Indicadores)

Fonte: NEPAS – UFSC (2007).

A matriz acima apresenta quatro indicadores para cada subdimensão da Gestão do Sistema Municipal de Saúde, que são baseados nos critérios propostos por Sander (1995) para avaliar a administração pública em países sulamericanos a partir da teoria geral da administração. O autor alega que estes critérios são mais apropriados para avaliar a gestão de processos e de organizações sociais em geral. Adaptados para a área da saúde no modelo NEPAS, os critérios estão assim definidos (NEPAS – UFSC; 2007):

“- Eficiência: critério econômico que reflete a habilidade do gestor do SUS tomar decisões gerenciais voltadas à geração de maior volume de serviços de assistência à saúde possível com os recursos disponíveis.

- Eficácia: critério clínico que reflete a habilidade do gestor do SUS em tomar decisões gerenciais voltadas ao cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Saúde de sua responsabilidade.

- Efetividade: critério social que reflete a habilidade do gestor do SUS tomar decisões gerenciais voltadas a satisfazer as expectativas da população quanto ao recebimento de assistência à saúde.

- Relevância: critério cultural que reflete a habilidade do gestor do SUS tomar decisões gerenciais voltadas ao atendimento das necessidades dos integrantes do seu sistema de saúde, individuais e coletivos.”

Além da matriz e dos critérios, vale destacar os *rationales* dos quatro eixos de gestão, nos quais este trabalho se fundamenta. (NEPAS – UFSC; 2007)

“- ATUAÇÃO INTERSETORIAL :Uma das formas de garantir (que) ações da atenção básica tenham impacto sobre a saúde da população é promover políticas públicas em setores que agem sobre determinantes do processo saúde-doença, a exemplo da educação, segurança, saneamento, trabalho, lazer etc. É atribuição da gestão municipal fazer as articulações necessárias para garantir a atuação desses setores em áreas consideradas essenciais para a saúde de sua população;

-PARTICIPAÇÃO POPULAR: Um dos princípios do SUS é a participação da população nas decisões de saúde, por meio de conferências de saúde, conselhos de saúde e outras modalidades de organização que visem garantir essa participação. É atribuição da gestão municipal garantir que esse princípio seja observado e seguido de maneira consistente e constante.

-RECURSOS HUMANOS: É atribuição da gestão municipal garantir quantidade e qualidade de profissionais de saúde para atuarem na atenção básica, seguindo os preceitos constitucionais e os princípios do SUS. Seleção, capacitação, educação permanente, condições de trabalho e salários dignos são essenciais para o cumprimento dessa atribuição.

-INFRAESTRUTURA: O pleno desenvolvimento das ações da atenção básica exige espaços, equipamentos, materiais e recursos logísticos adequados e suficientes. A gestão deve providenciar que as unidades de saúde tenham espaço físico planejado de acordo com as normas, e que sejam equipadas com todos os recursos previstos pelos padrões técnicos e pela vigilância sanitária.”

### **3.4 GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

A lei 8.080/90 trata da organização, direção e gestão do SUS. É a partir dessa lei que são definidas as competências e atribuições federais, estaduais e municipais.

A gestão do SUS pode ser definida como a coordenação sobre o sistema de saúde a ser desenvolvida nas três esferas do governo. Assim, os gestores do SUS são: o Ministro da Saúde, os Secretários de Estado da Saúde e os Secretários Municipais da Saúde, cuja função se efetiva por meio do cumprimento das ações de planejamento, coordenação, articulação, monitoramento, avaliação, regulação e controle da política pública de saúde, de forma contínua, organizada e sistematizada (BRASIL, 2006). Uma característica do modelo de gestão do SUS é seu caráter descentralizado. Ao demarcar as competências e atribuições entre as três esferas, a gestão do SUS permite contemplar as especificidades locais e regionais tão marcadas em um país de proporções continentais como o Brasil.

O modelo de gestão pública descentralizada é uma alternativa no que se refere à ampliação da transparência, eficiência, eficácia e democratização da gestão local (CARLOS e FERNANDEZ, 2007).

Em 2006, o Pacto pela Saúde, definiu que o gestor municipal é o responsável pelas ações e serviços de saúde do seu território, pela implementação das políticas municipais de saúde e pela execução dos planos e programas municipais; sobretudo no que diz respeito à atenção primária à saúde (BRASIL, 2006).

A descentralização, como diretriz do SUS, permitiu que os gestores municipais de saúde se tornassem protagonistas na implantação de políticas públicas de saúde nos municípios (NASCIMENTO, 2007). Para alcance dos princípios do SUS, faz-se necessário recorrer à articulação com setores além do da saúde, buscando instituir um processo democrático e participativo (PAIM e GIOVANELLA, 2008).

A PNAB aponta que os gestores municipais são os responsáveis pelo gerenciamento das ações da atenção básica. São eles os responsáveis pela organização, execução, avaliação e monitoramento e pela definição de estratégias estabelecidas na esfera municipal. (BRASIL, 2006).

Ao gestor cabe estimular discussões em espaços públicos e coletivos, proporcionar a troca de informações e envolver diferentes visões, tendo em vista a descentralização do poder de decisão, de forma a assegurar a participação e integração de usuários, trabalhadores de diversos setores e da sociedade civil. Compete também instituir processo de avaliação e monitoramento; implantar ouvidorias; apoiar a pesquisa na área de gestão; incentivar atividades de educação, comunicação e informação intra e extra institucional; gerar ações de transparência, de integração; promover a equidade da atenção a saúde; prover recursos e apoiar a mobilização social e institucional (BERRETTA, LACERDA e CALVO, 2011).

Nesse sentido, quatro aspectos fundamentais sob responsabilidade da gestão podem ser destacados: participação popular, recursos humanos, infraestrutura e promoção da intersetorialidade.

### 3.4.1 ATUAÇÃO INTERSETORIAL

A intersetorialidade tem sido um nó crítico para a resolução dos dilemas que permeiam a organização e a gestão do SUS (SILVA e TAVARES, 2017). Ela pode ser definida como a capacidade de articulação de diferentes setores, visando propiciar melhoria na qualidade de vida e no bem-estar dos cidadãos, e não se detém somente aos níveis de governo, está também relacionada aos processos de participação e formação social (CARLOS e FERNANDEZ, 2007).

A intersetorialidade pode assumir diversas formas, como por exemplo, um projeto de governo, na relação entre órgãos do Estado, no diálogo entre diferentes esferas, em projetos pontuais e estruturantes. (CARMO e GUIZARDI, 2017).



Também pode-se dizer que a atuação intersetorial se trata de um processo articulado e integrado de criação e implantação de políticas públicas. Implica na integração de estruturas, recursos e processos organizacionais, além de abranger diferentes setores do governo, setores não governamentais e da sociedade civil se relacionando entre si, na busca de desenvolvimento e qualidade de vida. Isto é, todos os envolvidos devem estar preparados para realizar a análise da situação, a identificação de interesses e necessidades para a definição de prioridades (WARSCHAUER e CARVALHO, 2014).

Entende-se que a intersetorialidade consiste em um meio, uma caixa de ferramentas com o objetivo principal de combater a exclusão social e alcançar a equidade, fomentando o bom funcionamento da máquina pública (ALBUQUERQUE, FRANCO DE SÁ e ARAÚJO JÚNIOR, 2016).

É comum que os principais problemas da área da saúde possuam conexão com outros âmbitos da vida social, sendo necessário uma efetiva integração com as demais esferas do governo e da sociedade (CAVALCANTI e CORDEIRO, 2016). Assim, a atuação intersetorial torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, cujo resultado coaduna múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. Além disso, a intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o compartilhamento de decisões entre instituições e distintos setores do governo, que atuam na produção da saúde, na formulação, na implementação e no acompanhamento de políticas públicas que impactam diretamente na saúde da população (BRASIL, 2009).

Neste sentido, compete ao gestor construir alianças intersetoriais no desenvolvimento de projetos e compreender as competências essenciais para essa atuação, para então superar o desafio de pôr a intersetorialidade em prática. Ademais, demanda estimular disputas partidárias e pessoais por espaços de poder, lidar com diferentes saberes, linguagens e conciliar jeitos de fazer alheios aos seus (ALBUQUERQUE, FRANCO DE SÁ e ARAÚJO JÚNIOR, 2016).

No caso da pandemia, a atuação intersetorial se destaca como uma estratégia adequada visto que, por ser uma grande crise epidemiológica e afetar diversas áreas, além da saúde, requer medidas de ordem ampla, intersetoriais. As ações da gestão devem ser capazes de agregar diversos atores sociais sob um objetivo comum - o planejamento e execução de ações de enfrentamento da pandemia, considerando a complexidade do evento e seu impacto no âmbito social e econômico. (nota técnica 32)

Países como Portugal, Espanha e Itália, apresentaram ações estruturadas na resposta a pandemia, de caráter intersetorial, pautadas principalmente no isolamento social, mitigação dos efeitos sociais e econômicos, saúde e comunicação. Nesse sentido, verifica-se que as ações ultrapassaram as dimensões biológicas da doença, resultando em maior êxito na sua estratégia. (CONCEIÇÃO et al, 2020) (SOUZA et al, 2013).

Por fim, evidencia-se que a implementação da intersetorialidade é um desafio que demanda mudanças de valores da cultura para um agir coletivo, de forma a desenvolver um trabalho em equipe, com corresponsabilidade entre a saúde e outros setores, possibilitando assim a troca de saberes, planejamento de ações e tomada de decisões de forma compartilhada (SILVA e TAVARES, 2017).

### 3.4.2 PARTICIPAÇÃO POPULAR

O sistema de saúde brasileiro foi idealizado em um período de redemocratização do país, por movimentos populares atuantes na área da saúde. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição Federal de 1988, resultando na criação do SUS. Pode-se afirmar que o SUS é fruto de movimentos da sociedade civil organizada, e tem como um de seus princípios organizativos a participação popular (COELHO e ANDRADE, 2012).

Corroborando a constituição, a lei 8080/90 estabelece a participação popular como um dos seus princípios organizativos. Desde então, foram institucionalizados espaços para participação popular na intenção de garantir à população o protagonismo junto às políticas de saúde e controle social, além da tentativa de possibilitar que interesses coletivos se sobressaíam aos individuais (BRASIL, 1990).

A participação social no SUS é estabelecida e regulamentada pela Lei nº 8.142/90, que concebe a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, nas três esferas de governo. Os Conselhos de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Já as Conferências de Saúde acontecem periodicamente, em etapas municipais, estaduais e nacional, tendo por finalidade avaliar e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Ambas as instâncias devem ser compostas por 50% de usuários do sistema público de saúde (BRASIL, 2003).

Os integrantes dos Conselhos de Saúde são eleitos por paridade e cabe ao gestor municipal ofertar apoio e fortalecer o processo eleitoral e a escolha dos integrantes do conselho, além de incentivar o envolvimento de segmentos da sociedade com reduzida possibilidade de organização ou em situação de vulnerabilidade, a fim de promover a equidade e a diversidade (BRASIL, 2003).

Os conselhos de Saúde têm como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Formados por entidades e movimentos sociais de usuários, prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde, os Conselhos são organizados em municipais, estaduais e nacional. Por meio dos conselhos de saúde, a comunidade ali representada:

- a) fiscaliza a aplicação do dinheiro público na saúde;
- b) verifica se a assistência à saúde prestada no estado ou no município está atendendo às necessidades da população; e
- c) verifica se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com o que a população precisa. Por meio dos conselhos de saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, o planejamento e a execução de políticas de saúde. (BRASIL, 2015, p. 18).

Os Conselhos de Saúde se caracterizam como espaços nos quais os cidadãos podem participar das decisões, fiscalização e controle das ações da Administração Pública. Para que se alcance uma democracia mais participativa, os instrumentos de participação popular devem ser constantemente aprimorados. Para tanto, é necessário priorizar as discussões e as ações que desenvolvam as ferramentas e os espaços para que a sociedade organizada participe das decisões, da fiscalização e do controle das políticas públicas do Estado (COELHO e ANDRADE, 2012). Nesse sentido, o gestor tem importante papel e deve estimular e apoiar discussões e o processo de educação permanente dos conselheiros de forma que se sintam seguros no desempenho de suas funções (KEZH, BÓGUS e MARTINS, 2016).

No caso da pandemia, apesar da OMS recomendar fortemente a adoção de mecanismos comunitários na governança, também recomendou prudência nas reuniões de pessoas e que evitassem as aglomerações. Nesse sentido, outras maneiras de comunicação podem ser utilizadas, como por exemplo, as plataformas digitais. A utilização desse tipo de recurso, pode ser feita para disseminar informações e alertas, realização de reuniões online e teleatendimento. (OPA, 2020) (WHO, 2020)

Para o enfrentamento ao vírus na APS, as ações devem se fundamentar no cuidado territorial e longitudinal. Dessa forma, a utilização de recursos comunitários confiáveis como, unidades de saúde, autoridades locais, influenciadores e líderes religiosos, podem auxiliar a promover e capilarizar as informações sobre o vírus e sua prevenção. (FLEURY et al, 2010)

Ainda no tocante à APS, a participação da comunidade é essencial, visto a sua importância para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, bem como para viabilizar a democratização do SUS (SILVA; CALDEIRA, 2010).

A participação popular na APS deve ser incentivada e fortalecida, e os gestores e profissionais da APS devem garantir que os membros da comunidade se envolvam no planejamento e implementação de programas e, assim, alcançar as mudanças positivas desejadas (IYANDA e AKINYEMI, 2017). A participação popular junto aos serviços de saúde amplia o sentimento de pertencimento e cidadania da população, ademais, permite que as ações de saúde sejam mais adequadas às necessidades da população local (FARMER et al., 2017).

Outro mecanismo importante para a participação popular são as ouvidorias. As ouvidorias de saúde se caracterizam como um poderoso instrumento que favorece o controle social e amplia o acesso aos cidadãos ao processo de avaliação das ações e serviços do SUS, pois são um canal direto de comunicação. Por meio das ouvidorias, os cidadãos podem manifestar elogios e reclamações, denúncias, sugestões e solicitar informações. As ouvidorias são responsáveis pelo encaminhamento, orientação, acompanhamento e retorno das demandas dos usuários, sendo assim uma ferramenta estratégica na promoção da cidadania, auxiliando os gestores em suas tomadas de decisões (BRASIL, 2009).

Por outro lado, entende-se que a participação da comunidade deve ir além da possibilidade de expressar sua satisfação ou insatisfação em relação ao serviço ofertado. É necessário traçar o caminho a ser seguido de maneira conjunta a fim de garantir o direito à saúde para todos, de acordo com suas necessidades específicas (LISBOA et al., 2016). Dessa forma, outro instrumento importante no processo de controle social e democratização é o acesso aos resultados referentes ao monitoramento e avaliação da gestão do SUS, que devem abarcar indicadores individuais e coletivos das ações e serviços de saúde, bem como indicadores de desigualdade, iniquidade, determinantes sociais, ambientais, culturais e intersetoriais, de estrutura e de recursos alocados (BRASIL, 2009).

Diante desta perspectiva, é importante que o gestor do SUS busque estabelecer um diálogo permanente com o controle social instituído, com a comunidade e com a sociedade civil organizada, a fim de promover interação com vários atores sociais (SOUTO et al., 2017). Dessa forma, o gestor favorece a possibilidade de evidenciar as fraquezas e as potencialidades dos serviços, além de permitir que todos os atores operem juntos no processo de formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde (MOTTA, 2013).

### 3.4.3 RECURSOS HUMANOS

Os gestores públicos da saúde frequentemente têm sido cobrados pela sociedade, que clama por melhores resultados. Com recursos limitados por políticas de cunho neoliberal, em um cenário de constante aumento da demanda, são necessários saberes e habilidades para enfrentar o desafio de prover serviços de saúde com qualidade, em uma estrutura física apropriada e, principalmente, profissionais qualificados e comprometidos em fazer saúde.

A composição da força de trabalho é fundamental no âmbito da saúde. É consenso entre gestores, que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos impactam diretamente na qualidade dos serviços ofertados e na satisfação dos usuários (NOGUEIRA, 2002).

No contexto do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioritária na expansão, qualificação e consolidação da APS no país. Na ESF as ações são realizadas por uma equipe multiprofissional, que se destina a atuar em uma população adscrita, com medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação (MENDES, 2012). Com a expansão da ESF no Brasil, surgiu a necessidade de formar profissionais capacitados para atuar nesse modelo, sendo este um dos maiores desafios atuais para a consolidação de uma APS de qualidade (MACINKO; HARRIS, 2015). Para Starfield (2002), os profissionais que atuam na APS têm posição privilegiada para identificar e intervir junto aos determinantes do processo saúde-doença, fazendo saúde por estarem mais próximos do local em que vive o paciente.

Neste sentido, o MS preconiza que o trabalho na AB seja prestado por uma equipe multiprofissional, que siga uma agenda de trabalho compartilhada, atuem em território definido, realizem um conjunto de ações de saúde que inclua todos os ciclos de vida, em âmbito individual e coletivo, relacionadas à promoção, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. As ações também devem ter como foco a atenção à saúde no território e junto à comunidade, o desenvolvimento de ações educativas, ações intersetoriais e o controle social (BRASIL, 2017).

Na AB, é necessário que os atores envolvidos nos processos de trabalho atendam requisitos para atuarem neste modelo de atenção à saúde, não apenas para oferecer cuidados de atenção primária à saúde de qualidade, mas também para evitar a utilização excessiva dos escassos recursos humanos e o impacto no custo dos cuidados.

No que tange as equipes de trabalho, apesar de manter a ESF como prioritária, a PNAB de 2017 admite outras configurações na organização da composição e distribuição da carga

horaria dos profissionais das equipes AB. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não são obrigatórios na composição mínima das equipes, a soma da carga horária, por categoria (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem) e deve ser de, no mínimo, 40 horas, cada profissional deve ter carga horária mínima de 10 horas e limita-se a três profissionais por categoria (MELO et al., 2018).

Já em relação à equipe ESF, estabelece o retorno da obrigatoriedade de 40 horas para todos trabalhadores, inclusive os médicos. Essas mudanças foram percebidas como um enfraquecimento do modelo da ESF e um retrocesso da política em detrimento ao combate de seus problemas e desafios, pois tornam a equipe de AB mais atraente por prever um menor número de profissionais e assim menos custos ao gestor e mais facilidade na organização em função da carga horária flexível. Por outro lado, os gestores municipais solicitavam maior autonomia para compor equipes de acordo com suas especificidades e necessidades, pois alegavam a dificuldade de contratação e fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos (MELO et al., 2018).

Os profissionais de saúde estão concentrados nas áreas urbanas e mais ricas. Isso ocorre no mundo todo, independentemente do desenvolvimento econômico ou do grau de organização do sistema de saúde, mas é principalmente em países como o Brasil que o problema se intensifica. Em 2012 a OMS estimou que metade da população mundial residia em áreas rurais ou remotas, todavia, menos de 25% dos profissionais médicos e 38% de enfermagem se encontram lotados nestas regiões (ARAUJO e AKIKO, 2013).

Segundo Pinto et al. (2014), a escassez de médicos, tanto para a ocupação dos postos de trabalho existentes na AB quanto para a expansão de novos, resulta em alta rotatividade, competição entre municípios que disputam os profissionais, e comprometem o financeiro para além da sua capacidade e geram dificuldades no atendimento em razão de interrupções nos serviços, interferindo negativamente no acesso e na qualidade da AB. Diante deste cenário, em 2013, por meio da Lei 12871 foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), com intuito de enfrentar tais problemas e avançar no provimento e formação de médicos para atuar na AB, principalmente em áreas com maior necessidade (HÊIDER et al., 2014).

O cenário descrito exige que o gestor utilize mecanismos para atrair os profissionais afinados e aptos para o cargo, pois também é o responsável pelo recrutamento e seleção; portanto, é importante que o gestor tenha clareza sobre as áreas que demandam maior ou menor urgência de profissionais, cabendo a ele dar condições para que os trabalhadores desenvolvam

seu pleno exercício. Neste ponto, também é importante familiarizar os profissionais com a organização, de maneira que possam desempenhar suas atividades de forma substantiva, evitando transferências e ou demissões. A manutenção dos profissionais consiste nos chamados fatores higiênicos do trabalho, como salários e benefícios, tipo de tarefa, tipo de chefia, condições físicas de acesso e de trabalho; fatores que o gestor deve atentar-se para identificar e definir as expectativas, os padrões e os prazos de cada variável mencionada (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Outro ponto essencial é o investimento na formação e capacitação dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, de forma a colaborar para o aumento no número de profissionais qualificados, fortalecendo as diretrizes do SUS e seus princípios. Dessa forma, é fundamental que o gestor seja crítico e reflexivo quanto às suas práticas e quanto as avaliações que faz e que recebe (MEDRADO, CASANOVA e OLIVEIRA, 2015).

Com a pandemia da COVID-19 surgiram grandes desafios aos sistemas de saúde do mundo inteiro, principalmente no tocante a encontrar equilíbrio entre necessidade de prestação de serviços adicionais para o manejo da pandemia e a manutenção e melhoria do acesso aos serviços essenciais de saúde. Nesse sentido, os profissionais de saúde são um fator crucial da resposta à pandemia e estão entre os mais suscetíveis e vulneráveis aos impactos do vírus e suas consequências devido à sua exposição profissional. (OMS, 2020)

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia incluem a falta de equipamento de proteção individual (EPI) adequado e outros equipamentos essenciais; infecção e quarentena; discriminação e ataques sociais; e a dupla responsabilidade de cuidar de amigos e familiares. (OMS, 2020)

#### 3.4.4 INFRAESTRUTURA

Os problemas de infraestrutura não são uma novidade na saúde pública. Para se ofertar uma atenção primária à saúde de qualidade e consolidar o SUS é essencial a mudança dessa realidade (BRASIL,2018). Uma estrutura física adequada, juntamente com a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários, conforme o quantitativo da população e suas especificidades, são fundamentais para a organização dos processos de trabalho, a humanização do atendimento e a atenção à saúde da população (BRASIL, 2012).

Além disso, a estrutura afeta o processo de trabalho, bem como seus resultados. Uma estrutura adequada à cada contexto é imprescindível para a qualidade da prestação dos serviços de saúde (BOUSQUAT et al., 2017).

Em um importante estudo, do qual participaram trinta e quatro países, identificaram que a estrutura adequada favorece a equidade em saúde. Evidenciou-se que as deficiências estruturais limitam as ações de saúde e a resolutividade das unidades básicas de saúde, afetando a capacidade de responder aos agravos de saúde da população (BOUSQUAT et al., 2017).

Nesse sentido, uma infraestrutura física robusta e funcional permite ao Estado, atenuar o estigma do “postinho de saúde”, em que se pressupõe que a atenção básica é para pessoas pobres (MENDES, 2012). A PNAB estabelece os procedimentos necessários para adequação da infraestrutura das unidades básicas de saúde. Em seu texto, apresenta uma lista de ambientes necessários para a oferta de serviços, assim como os equipamentos e materiais que deverão compor cada unidade de saúde (BRASIL, 2017).

A precariedade da infraestrutura das unidades básicas de saúde compromete o planejamento, dificulta a realização do trabalho dos profissionais da saúde e prejudica a proposta da APS, afetando diretamente o trabalho das equipes e a assistência prestada aos usuários (BERRETTA, LACERDA e CALVO, 2011).

Diante da pandemia de COVID-19, as dificuldades com a infraestrutura nos serviços de saúde foram significantes, principalmente no tocante aos recursos materiais como EPIs e medicamentos. Outro ponto são as medidas de distanciamento e isolamento social, que provocaram mudanças nas práticas dos indivíduos, visando mitigar as consequências acarretadas pelos vírus. Nesse sentido, a OMS recomendou o desenvolvimento de planos de ação, criação de fluxos diferenciados, oferta de espaços restritos para atendimento dos pacientes com sintomas respiratórios, oferta de instalações completas para atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19 e cuidados para evitar infecções cruzadas. (BRASIL,2020)

No planejamento de mudanças estruturais, como por exemplo, construções, reformas ou ampliações, deve-se considerar as peculiaridades da população a ser atendida, a demanda do serviço, o perfil epidemiológico, os recursos humanos e materiais, assim como, respeitar a legislação técnica vigente, a viabilidade e sustentabilidade do SUS. Quando a gestão da estrutura é eficiente e o acesso é assegurado, a qualidade satisfatória das ações de saúde ofertadas se torna mais plausível (MOURA et al., 2010).



### 3.5 COVID-19

Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou surto do novo coronavírus. Em 11 de março de 2020, declarou estado de pandemia da doença COVID-19. Quando a OMS decide por esta atitude, a doença havia sido constatada em diversos continentes, com transmissão sustentada entre as pessoas e mais de 4 mil mortes ao redor do mundo (WHO, 2020<sup>a</sup>; 2020b). Ainda se discute qual a origem do vírus, se na China ou nos Estados Unidos. O vírus se espalhou rapidamente e até o dia 1º de abril de 2020 já havia 820 mil casos e mais de 40 mil mortes em decorrência da infecção causada pelo SARS- Cov-2. Países como Estados Unidos, China, Espanha e Itália eram os maiores em número e casos, demonstrando que o vírus se alastrava rapidamente nos mais diversos contextos sociais e econômicos (WHO, 2020c).

Para o enfrentamento da pandemia, em fevereiro de 2020 a OMS publicou diretrizes para frear a disseminação do vírus; ações de detecção precoce, isolamento, vigilância epidemiológica, medidas de prevenção e controle, bem como avaliação de impactos sanitários (WHO, 2020a).

A resposta sanitária ao COVID-19 tem focado nos serviços hospitalares, principalmente no aumento de leitos e de unidades de terapia intensiva. Por outro lado, há um reconhecimento mundial de que a APS é uma das principais estratégias no controle da pandemia (GUADALUPE MEDINA et al., 2020). Entretanto, apesar de compartilhar internacionalmente seus princípios e diretrizes, este nível de atenção apresenta diversas formas de compreensão e organização nos diferentes países. Assim, apesar das recomendações da OMS, países de todo mundo adotaram as mais diversas estratégias no combate ao vírus (PRADO et al., 2020). Com isso, apresenta-se a seguir, países com sistema da saúde que possuem uma APS robusta e como se deram os fatos decorrentes da pandemia de COVID-19. Vale destacar que a seleção dos países busca refletir uma diversidade das respostas adotadas no âmbito da APS e não pretende esgotar todas as estratégias desenvolvidas pelos diferentes países.

Quando os primeiros pacientes com problemas respiratórios começaram a chegar ao hospital de Wuhan, os médicos acreditaram se tratar de uma pneumonia, mas os tratamentos tradicionais não produziam os resultados esperados. Logo que as autoridades médicas chinesas se deram conta da novidade do vírus, de sua letalidade e rápida propagação, entraram em contato com o Centro de Controle de Doenças e com a Organização Mundial da Saúde para alertá-los. Os primeiros pacientes começaram a chegar nos últimos dias de dezembro de 2019

(27, 28, 29). No dia 31 de dezembro, um grupo de peritos da Comissão Nacional de Saúde chegou à Wuhan e a OMS já havia sido alertada (WHO, 2020a).

No dia 04 de janeiro, as autoridades médicas e de saúde da China divulgaram um manual para lidar com o que até então era considerado uma pneumonia viral de tipo desconhecido. Houve treinamento em massa de profissionais da saúde para lidar com a doença. O novo tipo de vírus foi isolado em 07 de janeiro e no dia 12 sua sequência genética era compartilhada para ser usada em testes. A partir de 13 de janeiro, a Comissão Nacional de Saúde da China começou a instruir as autoridades para medir a temperatura das pessoas que circulavam pelos portos e estações, e tomar as primeiras medidas para evitar aglomerações. Os chineses de todo o país foram informados sobre o que estava acontecendo e preparados para uma emergência sanitária (ZHOU, CHEN e CHEN, 2020; ZHU et al., 2020).

As pesquisas buscando compreender o vírus e suas características continuaram e no começo de março lançaram sete diretivas sobre o vírus e planos de contenção da doença. O governo chinês criou um Comitê de combate ao COVID-19, cuja estratégia pode ser resumida em quatro pontos: manter a província isolada e rastrear a rede de contaminação; providenciar insumos para que profissionais da saúde e pacientes pudessem ser atendidos e testados; garantir que a província isolada tivesse acesso aos recursos de subsistência; assegurar o acesso aos cidadãos às informações científicas e fidedignas, investigando a propagação de notícias falsas (ZHANG et al., 2020a).

A cidade de Wuhan e a província de Hubei ficaram isoladas por 76 dias. O governo contou com a atuação ativa dos médicos de APS, por meio de um trabalho de educação em saúde e com o apoio da sociedade civil, que em organizações de bairros, batiam de porta em porta para medir temperatura e distribuir alimento para os mais necessitados, especialmente os idosos. Os comitês de bairro se espalhavam pela China, dando exemplo de saúde básica comunitária. Mais de 90 milhões de pessoas filiadas ao partido comunista chinês contribuíram para moldar as políticas públicas de combate ao vírus. Em Chengdu, 40 mil cidadãos formaram grupos de combate, divulgando os regulamentos sanitários, medindo temperatura, distribuindo alimentos e entretendo a população confinada (ZHANG et al., 2020a ; PRADO et al., 2020).

Os pacientes com sintomas graves eram direcionados para centros temporários de saúde, enquanto os casos graves eram levados aos hospitais. O governo garantia o atendimento das necessidades quanto aos kits de testes, equipamentos de proteção individual, respiradores e outros suprimentos. O governo central solicitou que as fábricas responsáveis se empenhassem

na produção dos equipamentos necessários para que as demandas fossem garantidas. Todo o tratamento do COVID-19 foi oferecido gratuitamente e o governo garantiu a estabilidade de preços para os itens básicos da alimentação e abastecimento. A eficácia de todas estas políticas públicas, envolvendo sociedade civil e agentes do governo, pode ser avaliada pelos números da doença no país, que até maio de 2021, somava pouco mais de 4 mil mortes (ZHANG et al., 2020b; BARON et al., 2020).

No Reino Unido, Boris Jhonson, conhecido por suas posições conservadoras, no início da pandemia adotou um discurso negacionista, na suposta defesa da economia, em consonância com Donald Trump e Jair Bolsonaro. Além disso, soma-se o fato de ter subestimado o vírus, tomando ações com intenção de conseguir imunidade de rebanho, e somente após o registro de 500 mortes e 5 mil casos confirmados estabelecer medidas de distanciamento social. A demora na realização de testes e os critérios criados para a sua realização retardaram a leitura da realidade da doença, o que permitiu a rápida disseminação (ROBERTO, CARLOS e MAGALHÃES, 2020).

A falta de profissionais de saúde e equipamentos de proteção individual para estes, a alta taxa de imigração, alta densidade populacional e 18% da população com perfil etário de 65 anos, foram fatores que contribuíram para o alto número de mortes no país. Entretanto, após ser o primeiro líder mundial a ser contaminado pelo COVID-19, no dia 27 de março de 2020, Jhonson passou a acatar as recomendações da OMS. Ao longo de 2020 o Reino Unido decretou 3 *lockdowns* e conseguiu reduzir em 78% as novas infecções (ROBERTO, CARLOS e MAGALHÃES, 2020).

O Reino Unido foi amplamente criticado pelos demais países europeus pela demora em acatar medidas restritivas de isolamento social. Em maio de 2020 foi o segundo país com maior número de mortes no mundo. Apesar disso, o governo adotou medidas como o monitoramento dos voos internacionais; criação de um comitê emergencial com participação de diversos níveis do governo e líderes de serviços de emergência, ministros e diretores médicos; fomentou pesquisas referentes ao COVID-19 e desenvolvimento de vacina; testagem em massa da população; campanhas publicitárias; recrutamento de profissionais e voluntários; cooperação com instituições não-sanitárias para apoio ao isolamento social e atendimento remoto de pacientes, além de instituir a colaboração entre práticas nas redes de atenção primária e serviços comunitários. Ademais, é fundamental destacar que a APS foi e é considerada fundamental em todos os planos e medidas adotadas no combate ao COVID-19 (RESENDE et al., 2021).

A Itália também foi um dos países da Europa que se destacou no número de mortes. O primeiro ato do governo italiano de enfrentamento ao coronavírus foi uma circular do Ministério da Saúde emitida no dia 21 de janeiro. A circular recomendava que, por motivos de precaução, os profissionais de saúde, além de tomar medidas de biossegurança normais, adotassem precauções para impedir a transmissão por via aérea e contato. Em 22 de janeiro foi instituída uma força-tarefa para coordenar 24 horas por dia as ações a serem tomadas para evitar a propagação da epidemia no país. Além disso, foi implementado um serviço público de atendimento telefônico, ativo 24 horas por dia, em que agentes de saúde especialmente treinados forneceriam respostas às perguntas dos cidadãos. Por fim, foi ampliado o controle nos aeroportos, sobretudo dos passageiros provenientes da China, e neles determinada a aposição de cartazes informativos com dicas de prevenção (DE MARIA, 2020).

Em 31 de janeiro, logo após a OMS declarar a emergência de saúde pública de interesse internacional, o Governo da Itália também decretou estado de emergência de saúde no país. Em 21 de fevereiro, o país confirmou a primeira morte por COVID-19. Em 28 de fevereiro já registrava 17 mortes e prefeitos e governos regionais começaram a tomar medidas preventivas para proteger a população, como fechamento de escolas, bares a noite e proibição de aglomeração. Preocupado com a economia, o primeiro ministro Giuseppe Conte, derrubou na justiça várias destas normas locais (FIONDA, 2020; MONTEMERLI, 2020).

Em 8 de março, o governo nacional passou a decretar o isolamento nas chamadas zonas vermelhas, áreas de contenção do vírus onde há risco máximo de contágio e que devem permanecer isoladas do resto do mundo, com todas as atividades fechadas. As únicas recomendações de aplicação nacional eram o fechamento de escolas e universidades, a suspensão de viagens de estudo e excursões, e de todos eventos esportivos, manifestações, eventos públicos e celebrações religiosas (FIONDA, 2020; MONTEMERLI, 2020).

Apenas dois dias após o primeiro decreto, em 10 de março, as medidas que foram aplicadas nas zonas vermelhas foram estendidas a todo o território nacional. Os bares podiam funcionar das 6 da manhã até 18h e os *shopping centers* tiveram que fechar nos finais de semana, exceto farmácias, lojas e supermercados. Os restaurantes só podiam abrir garantindo a distância de segurança entre os comensais, o que implicou na redução do número de clientes. Estâncias de esqui, cinemas, teatros, discotecas, pubs, casinos, museus, academias, spas e outras atividades semelhantes abertas ao público foram fechadas. A atividade das igrejas e outros locais de culto foram condicionados à adoção de medidas de prevenção. Depois, foi introduzida

uma medida que duraria até 18 de maio: a autocertificação, módulo que é preenchido no caso de um pedido das forças de segurança para indicar o motivo da saída (MONTEMERLI, 2020).

As consequências desta política de desestimular o isolamento social e a quarentena voluntária logo se revelou desastrosa. Após poucos dias de tentativa do premiê Conte para manter o clima de normalidade o número de mortos dobrou e em 1º março, a Itália já tinha 34 mortos. Assim, o número de mortes continuou a crescer exponencialmente, chegando em 79 vítimas fatais em 3 de março. E o número seguiu subindo, até tornar o país um dos recordistas de óbitos por COVID-19 no mundo (MONTEMERLI, 2020).

O Decreto do Primeiro-Ministro, de 22 de março de 2020, determinou que, em todo o território nacional, fechassem as atividades comerciais e industrial, com exceção das essenciais. Além disso, proibiu o deslocamento, em meios de transporte público ou privado, para municípios diferentes daqueles em que as pessoas se encontravam no momento da medida, exceto para retornar para a residência ou para comprovadas necessidades ligadas ao trabalho, à urgência absoluta ou por razões de saúde. Concomitante a estas ações, desde o início da epidemia, uma quarentena total foi estabelecida para pessoas positivas para COVID-19 e para aquelas com suspeita, e qualquer atividade estava sujeita às medidas de distanciamento social. Contudo, embora o país tenha adotado medidas de contenção e prevenção do vírus, observa-se que algumas falhas foram cruciais para o desfecho da pandemia no país (DE MARIA, 2020).

A Austrália teve notoriedade por sua resposta à crise sanitária causada pelo COVID-19. De acordo com OMS, o país apresentou a taxa de contração do vírus, taxa de mortalidade e a taxa de doentes graves, significativamente menor do que em países como Itália, Reino Unido, China e Estados Unidos (WHO, 2020). Com um início tardio (primeiro caso registrado em 25 de janeiro de 2020), o governo australiano teve a oportunidade de aprender com as ações de outros governos e procedeu de maneira assertiva em suas decisões. Nesse sentido, atuou rapidamente, implantou um Plano de Ação Nacional direcionado à atenção primária, e logo no início da epidemia no país instituiu bloqueios, o fechamento de escolas e universidades, creches, restaurantes, eventos esportivos e shopping centers. As restrições permitiam somente que os australianos pudessem se deslocar para compras de suprimentos essenciais, visitas à família ou amigos (com restrições no número de visitantes e incentivo ao distanciamento social), necessidades médicas ou de cuidados, exercícios e trabalho ou estudo (se pudessem ser feito remotamente). Além disso, a polícia está autorizada a dar multas no local de mais de AUD \$ 1.000 (aproximadamente 4 mil reais) para quem não cumprisse as orientações. Também estabeleceu que todos os viajantes, ao entrarem no país, tem que realizar quarentena por um

período de 14 dias. Com isso, essas medidas colaboraram para o declínio na taxa de infecção (BERGERE REUPERT, 2020).

As ações contra o COVID-19 na Austrália, destacam-se por incluir a criação de protocolos claros e equipes de resposta à pandemia, treinamento on-line de prevenção e controle de infecção disponível para todos os profissionais de saúde, ampliação do financiamento para US \$ 2,4 bilhões. Na APS, porta de entrada do sistema de saúde, havia a organização logística, tendo a prescrição eletrônica como prioridade para ampliar o acesso ao tratamento, contatando e rastreando grupos vulneráveis, principalmente idosos, pelas equipes multiprofissionais de saúde do *Medicare*, estabelecimento de clínicas respiratórias lideradas por médicos da APS; expansão dos serviços de telessaúde; pagamento de incentivos para médicos de clínica geral e outros profissionais de saúde, para serviços presenciais e telessaúde durante o curso da resposta COVID-19, além de realizar mais de 80.000 testes (até 17 de março de 2020) (DUNLOP et al., 2020).

Cuba, apesar do bloqueio econômico, comercial e financeiro em que vive, está entre os países com melhor desempenho no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Os primeiros casos foram registrados em 11 de março de 2020, sendo a primeira morte no dia 17 do mesmo mês. No entanto, antes mesmo do vírus chegar ao país, em janeiro de 2020, o governo cubano, juntamente com o Ministério da Saúde Pública e a participação de todos setores econômicos e sociais, criaram o Grupo Temporário Nacional para enfrentar o COVID-19, acionando as áreas científicas, tecnológicas e profissionais com a missão de assessorar e colaborar para criação de medidas de enfrentamento à pandemia e que compõe o Plano de Prevenção e Controle do Coronavírus. Este plano definia as políticas governamentais, de comunicação e de ciência e tecnologia para garantir a equidade das ações em saúde pública na adoção de estratégias de enfrentamento; além disso, organizava a preparação de recursos humanos e materiais necessários para a implementação e sucesso das medidas. Além disso, ainda no início da pandemia, as equipes da APS organizaram audiências de saúde nos bairros e postos de saúde para estudar, explicar a situação a população e socializar as propostas do governo e assim definir estratégias para lutar contra o vírus (FALCON et al., 2020; RAMOS et al., 2021).

Com o objetivo de que as informações relacionadas à situação epidemiológica chegassem à população de forma equitativa, estabeleceu um sistema de comunicação com informações devidamente atualizadas. Assim, a mídia de massa e as redes sociais têm atuado para disseminação de informações sobre as medidas de isolamento, distanciamento social e higiene. Ademais, veicula programas com a participação do ministro e outros funcionários do

Ministério Saúde pública, cientistas e altos funcionários do governo e o Estado para informar a população sobre o curso de doença e ações para combatê-la, com monitoramento em tempo real da situação no país e o mundo (RAMON, 2020).

As diretrizes cubanas estabeleceram a estratégia de busca ativa, realizada pelos membros das equipes básicas de saúde, que foram reforçados com professores e alunos das universidades de ciências médicas do país como parte de suas atividades habituais de treinamento e educação no trabalho. O contato permanente com a comunidade permitiu a detecção precoce e oportuna de casos positivos, seja assintomático ou com sintomas, também como o monitoramento da cadeia epidemiológica da transmissão. O funcionamento do nível primário de atenção —integrada ao resto do sistema— com treinamento e a preparação de recursos humanos, permitiu agir com rapidez, incorporar habilidades para a pesquisa e desenvolver papel epidemiológico na identificação de contatos diretos e de pessoas vulneráveis, aumentar a capacidade de motivação e a incorporação à comunidade como sujeito das ações, e gerenciar a operação dos serviços. Estes eram elementos-chave para alcançar a eficácia social e a satisfação da população, mesmo em uma situação tão complexa (MAS BERMEJO et al., 2020; CARVALHO et al., 2021).

O teste de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real constitui o elemento confirmatório essencial de caso. O número desses testes aumentou conforme a epidemia evoluiu, com uma distribuição relativamente uniforme na maioria das regiões. Todos os pacientes receberam tratamento de acordo com o protocolo adotado em Cuba para enfrentamento da doença. Este protocolo é único e possui caráter normativo em âmbito nacional, ou seja, em todas as instituições de saúde do país em todos os níveis de atenção. No entanto, é flexível para que possa ser adaptado de acordo com o estado clínico de cada paciente e sua evolução, e atualizado sistematicamente de acordo com novas evidências científicas. Os tratamentos para todos os pacientes diagnosticados são disponíveis gratuitamente em todas as instituições de saúde do país, e os medicamentos usados são em sua maioria (14 de os 18 principais produtos utilizados) de produção nacional; a indústria cubana de biotecnologia tem sido responsável por garantir a acessibilidade de todos os produtos inclusos no protocolo cubano, abarcando terapias inovadoras eficaz na prevenção da progressão de pacientes para formas graves da doença (MAS BERMEJO et al., 2020; VEGA ROMERO, RUIZ MENDOZA e MARTUFI, 2021).

As ações do governo cubano foram realizadas, desde o início, com abordagem intersetorial direcionada a mitigar os efeitos da doença e interromper a transmissão da COVID-

19. Todas as ações foram empreendidas ao mesmo tempo e de maneira uniforme em todas as províncias do país, por meio de governos e instituições locais (ROMERO, MENDOZA e MARTUFI, 2021).

Quando o COVID-19 chega ao Brasil, o país vinha de quatro anos de investimentos pífios, que gradativamente vinham sucateando o sistema de saúde e demais setores. Como agravante, o governo do país é gerido por pessoas que decidiram negar os nefastos números da doença no país, propagar desinformação, propagandear tratamentos sem eficácia comprovada e defender a tese da “contaminação de rebanho”, que já havia se mostrado ineficaz e perigosa em outros países. Dessa forma, o país, que possui um dos maiores sistemas de saúde do mundo, se tornou célebre por praticar um verdadeiro genocídio do seu povo. O Brasil se apresenta entre os piores exemplos de combate ao coronavírus e dado o descaso das autoridades federais, o enfrentamento ficou à cargo de estados e municípios (FACCHINI, 2020; CAMPOS, 2020).

Alguns fatores são especialmente responsáveis por este estado de coisas: a lentidão em tomar medidas para realizar quarentenas; ausência de coordenação entre os diferentes níveis de administração do SUS; desinformação e constante mudança de protocolos de prevenção; discordância entre os diversos âmbitos do poder público quanto aos métodos de tratamento; politização das medidas de prevenção e disputa entre os vários atores políticos (CAMPOS, 2020).

A partir de fevereiro de 2020 iniciou-se uma ampla mobilização envolvendo gestores da área da saúde das diferentes esferas governamentais. No início, o foco foi dado para a atenção aos casos de Insuficiência Respiratória Aguda (IRA), com a criação de hospitais de campanha, abertura de leitos de terapia intensiva e compra de equipamentos respiratórios e Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs). O baixo grau de letalidade da doença acabou sobreposto pelo alto número de contaminação, aumentando significativamente a demanda por insumos e estruturas de atendimento, mobilizando esforços para garantir a assistência hospitalar, serviços de urgência e leitos de terapia intensiva de municípios de médio e grande porte. Muitos municípios optaram por concentrar os profissionais e os recursos em pólos de atendimento às vítimas da COVID-19. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja organização é de base territorial foi ignorada, impedindo uma articulação mais efetiva junto aos atores políticos. Dessa forma, foi priorizado o combate aos casos graves, enquanto pouco ou nada se fez para controlar a propagação do vírus (HARZHEIM et al., 2020).



As políticas de desmonte instaladas com o governo Bolsonaro impactaram diretamente na capacidade do SUS em combater a pandemia. Apesar da ONU enfatizar reiteradamente a necessidade de ajuste contínuo das medidas de saúde, não é possível perceber a adequação às recomendações dos relatórios da organização. A total ausência de coordenação federativa foi um dos maiores obstáculos ao combate à pandemia. O governo federal, além de não contribuir, atrapalhou cotidianamente de diversas formas as políticas de enfrentamento de estados e municípios. As ações de enfrentamento tornaram-se localizadas e específicas, com criação de modelos regionais de combate que, falharam em grande medida, por não considerar a circulação de pessoas entre estas diferentes estratégias adotadas (CAMPOS, 2020).

O Ministério da Saúde sugeriu mudanças no processo de trabalho em saúde, a partir da utilização de tecnologias de comunicação, visando ganhar tempo para a reorganização da APS. Apesar das precárias condições de trabalho, os profissionais da ESF têm se esforçado para ampliar as estratégias de combate ao vírus, realizando o acompanhamento remoto do quadro clínico dos pacientes sintomáticos; atuando por meio dos Agentes Comunitários de Saúde no apoio às famílias nas unidades de saúde; rastreando os casos sintomáticos no território; educando para a prevenção e para o enfrentamento da propagação do vírus (HARZHEIM et al., 2020).

Todavia a APS no Brasil se mostrou relevante na rede de cuidados e impactou de forma positiva a saúde da população devido seu modelo de atenção com foco no território, além disso tem potencial para contribuir com a abordagem comunitária, indispensável no enfrentamento de qualquer epidemia. Todavia, devido as tentativas de desmantelamento da ESF, o enfoque comunitário foi fragilizado, o que também contribuiu para o prejuízo de uma atuação adequada da APS no enfrentamento ao COVID-19 (GUADALUPE MEDINA et al., 2020).

Considerados em seu conjunto, na gestão municipal, a participação popular, os recursos humanos, a infraestrutura e a intersetorialidade, são elementos que configuram uma complexa teia organizacional e são fundamentais para a gestão da APS. Assim, para que os resultados produzidos atendam às necessidades da população é necessário que todos estes elementos operem em sincronia e com competência, principalmente no que tange ao combate à COVID-19, que exige dos gestores ações coordenadas envolvendo setores e saberes diversos.

Nesse sentido, é importante que as ações de saúde no enfrentamento à pandemia sejam pensadas para além do âmbito clínico, baseadas em estratégias de sucesso, implementadas em países como China, Austrália e Cuba, países com a APS forte, que se mostraram eficientes no

controle e combate do vírus; operando em caráter intersetorial, garantindo a participação popular, bem como o acesso a informação, provendo recursos humanos capacitados, em quantidade suficiente, além de infraestrutura adequada, de modo que se possa dar respostas resolutivas para a complexidade da pandemia.

#### 4 METODOLOGIA

Este trabalho propõe uma matriz avaliativa para a Gestão da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Trata-se de uma adaptação para o contexto da pandemia do modelo NEPAS de Avaliação da Gestão da APS (NEPAS, 2007), em sua dimensão de ações de gestão em Intersetorialidade, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura, com abordagem qualitativa.

Mesmo sendo uma adaptação de modelo já testado em vários estudos, a proposta de matriz se baseou em quatro etapas propostas por Trevisan et al. (2015), quais sejam: definição da finalidade e âmbito da análise, construção da teoria inicial do programa; feedback da teoria do programa e proposta de uso do estudo.

Primeiramente foi realizado levantamento de informações relacionadas a ações de enfrentamento à COVID-19, buscando documentos e publicações sobre o tema, a fim de favorecer o embasamento teórico do assunto. Na revisão de literatura utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde, que abriga as principais bases de dados de amplitude nacional e internacional, selecionando todas as bases de dados nela contida, a partir de descritores da plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A busca ocorreu em dois momentos. O primeiro utilizou os descritores Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Avaliação em Saúde; Recursos Humanos; Infraestrutura; Colaboração Intersetorial e Participação Popular e ocorreu entre janeiro e junho de 2019; de 394 artigos foram selecionados 57 artigos. O segundo momento ocorreu entre junho e agosto de 2021 com os seguintes descritores: COVID-19; Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Gestão de Serviços de Saúde; entre os 133 artigos foram selecionados 34 para serem lidos na íntegra. Em ambas as buscas, foram considerados critérios de inclusão: existência de um ou mais termos no título, artigos acessíveis na íntegra, em português, espanhol, inglês e italiano. Não foram considerados artigos com abordagem clínica. Também foram consultados documentos de prefeituras, estados e união, sites oficiais, legislações, e informações midiáticas como sites jornalísticos.

A metodologia para construção da matriz está descrita no artigo disposto no capítulo de resultados.

## 5 RESULTADOS

Conforme as exigências do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do certificado do título de Mestre é necessária a submissão dos resultados no formato de artigo científico em uma revista da área de estudo.

### 5.1 ARTIGO 1 - MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DE COVID-19

#### RESUMO

A emergência da pandemia de COVID-19 desafiou sistemas de saúde mundo afora e a Atenção Primária à Saúde foi reconhecidamente protagonista na mitigação dessa pandemia. Uma vez que o serviço depende diretamente de suporte administrativo que ofereça condições adequadas para o atendimento, uma avaliação da gestão da atenção básica, justifica-se, pois, gera informações que subsidiam o gestor em suas decisões na garantia do acesso à saúde da população e na qualidade do serviço ofertado. Este estudo elaborou uma proposta de matriz avaliativa da Gestão da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento à COVID-19, construída com base no modelo teórico-lógico do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na dimensão Gestão Municipal de Saúde e nas suas subdimensões Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura. Dessa forma, para cada subdimensão foram desenvolvidos quatro indicadores, de acordo com os critérios de relevância, efetividade, eficiência e eficácia, com medidas e parâmetros. O estudo concluiu que a matriz tem potencial avaliativo e oferece uma proposta a ser utilizada como subsídio para avaliações futuras.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, COVID-19, Gestão Municipal, Avaliabilidade, Avaliação

#### ABSTRACT

The emergence of the COVID-19 pandemic challenged health systems around the world and Primary Health Care was recognized as a protagonist in the mitigation of this pandemic. Since the service depends directly on administrative support that offers adequate conditions for care, an evaluation of the management of primary care is justified, as it generates information that supports the manager in his decisions in guaranteeing access to the population's health and in the quality of the service offered. This evaluability study produced a proposal for an evaluative matrix for the Management of Primary Health Care in Coping with COVID-19, built on the theoretical-logical model of the Center for Extension and Research in Health Assessment (NEPAS) of the Federal University of Santa Catarina. Catarina (UFSC), in the Municipal

Health Management dimension and in its sub-dimensions Intersectoral Action, Popular Participation, Human Resources and Infrastructure. Thus, for each sub-dimension, four indicators were developed, according to the criteria of relevance, effectiveness, efficiency and effectiveness, with measures and parameters. The study concluded that the matrix has evaluative potential and offers a proposal to be used as a subsidy for future evaluations.

Keywords: Primary Health Care, COVID-19, Municipal Management, Evaluability, Evaluation

## INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 tem sido um desafio sem precedentes para a maior parte dos países do mundo que, desde o final de 2019 e início de 2020, vem enfrentando uma grave crise sanitária. Essa pandemia, de graves consequências, impactou em diversos âmbitos da sociedade, provocando mudanças de hábitos, recriando rotinas e semeando incertezas. Diante deste contexto de crise mundial e nacional, a saúde se tornou o centro dos debates. Assim, surgem questões no âmbito da gestão da saúde sobre: como garantir os cuidados curativos essenciais neste momento; como garantir a atuação preventiva e educativa junto à população; e como avaliar os resultados obtidos com as escolhas feitas. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se destacado e vem sendo discutida mundialmente como uma das principais estratégias de enfrentamento da pandemia.

Quando a COVID-19 chega ao Brasil, o país vinha de quatro anos de investimentos pífios, que gradativamente vinham sucateando o sistema de saúde e demais setores. Como agravante, o governo do país optou por negar os nefastos números da doença, propagar desinformação, propagandear tratamentos sem eficácia comprovada e defender a tese da “imunização de rebanho”, que já havia se mostrado ineficaz e perigosa em outros países. Dessa forma, a despeito do Brasil possuir um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, se tornou célebre pelo altíssimo número de mortos em decorrência da pandemia, caracterizando um verdadeiro genocídio. Neste contexto, o Brasil se apresentou entre os piores exemplos de combate ao coronavírus e dado o descaso das autoridades federais, o enfrentamento ficou à cargo de estados e municípios.<sup>1,2</sup>

As políticas de desmonte instaladas com o governo de Jair Bolsonaro impactaram diretamente na capacidade do SUS em combater a pandemia. Apesar da ONU enfatizar

reiteradamente a necessidade de ajuste contínuo das medidas de saúde, não foi possível perceber a adequação às recomendações dos relatórios da organização. A total ausência de coordenação federativa foi um dos maiores obstáculos ao combate à pandemia. O governo federal, além de não contribuir, atrapalhou cotidianamente de diversas formas as políticas de enfrentamento de estados e municípios. As ações de enfrentamento tornaram-se localizadas e específicas, com criação de modelos regionais de combate que falharam, em grande medida, por não considerar a circulação de pessoas entre estas diferentes estratégias adotadas.<sup>2</sup>

Todavia, a APS no Brasil se mostrou relevante na rede de cuidados e impactou de forma positiva a saúde da população devido seu modelo de atenção com foco no território; além disso tem potencial para contribuir com a abordagem comunitária, indispensável no enfrentamento de qualquer epidemia. No entanto, devido às tentativas de desmantelamento da ESF, o enfoque comunitário foi fragilizado, o que também contribuiu para o prejuízo de uma atuação adequada da APS no enfrentamento ao COVID-19.<sup>3</sup>

A APS é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e a coordenadora do cuidado. Sua estratégia para atuação contempla ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do usuário e de sua família. Com abordagem multiprofissional, propõe abranger todos os ciclos de vida de forma integral e contínua<sup>4, 5</sup>. Este nível de atenção é protagonista na atuação em surtos e epidemias devido a seus atributos, pelo atendimento resolutivo e pelo potencial de rastreio e identificação precoce de casos graves que requerem atenção especializada. Ademais, pode atender à maior parte das necessidades de saúde em âmbito individual e coletivo<sup>6</sup>.

Uma vez que o serviço depende diretamente de suporte administrativo que ofereça condições adequadas para o atendimento das demandas dos cidadãos, é essencial a utilização de dispositivos que fortaleçam a qualidade da Atenção Básica, especialmente nos períodos de crise sanitária. Assim, a avaliação e o monitoramento dos serviços visam fornecer e direcionar subsídios para a melhoria da qualidade da atenção à saúde<sup>7</sup>. Frente ao crescente esforço para melhoria da qualidade da APS no Brasil, destaca-se a ampla utilização de instrumentos avaliativos para verificar a melhoria dos serviços, das ações em saúde e dos programas nos diferentes níveis de atenção<sup>8</sup>. Após o ano de 2015, as políticas governamentais passaram por profundas e negativas mudanças, que impactaram diretamente na qualidade dos serviços públicos, dificultando o enfrentamento da crise pandêmica.<sup>1</sup>

A avaliação da APS tem sido um grande desafio, mas a dificuldade é ainda maior em situações que fogem à norma, como é o caso da pandemia pelo SARS-COV2. Ainda perduram

diversos obstáculos metodológicos no processo avaliativo, decorrentes da diversidade dos contextos de implantação e complexidade do sistema de saúde<sup>9</sup>. Apesar de complexa, justifica-se a avaliação da gestão da atenção básica, pois gera informações que subsidiam o gestor em suas decisões na garantia do acesso à saúde da população e da qualidade do serviço ofertado.

Considerando estes fatores e tendo em vista a importância da avaliação e do monitoramento das ações realizadas no âmbito do SUS, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, e da relevância da APS, a proposta deste artigo foi desenvolver um Modelo de Avaliação da Gestão da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia de COVID-19, utilizando como referência o modelo NEPAS de avaliação da Gestão da Atenção Básica.<sup>10</sup>

Acredita-se que a pandemia evidencia uma oportunidade para avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que os estudos indicam que cerca de 80% dos casos são leves e grande parte dos moderados procuram a rede básica como primeiro acesso na busca de cuidados.<sup>11</sup> A avaliação desses serviços de saúde pode auxiliar na compreensão do seu papel face aos desafios impostos pela COVID-19 no país.

## **METODOLOGIA**

Este artigo apresenta uma proposta de matriz avaliativa para a Gestão da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento a pandemia de COVID-19. Trata-se de uma adaptação do modelo de avaliação NEPAS<sup>10</sup>, com abordagem qualitativa.

O modelo original NEPAS está constituído por duas dimensões de análise e suas subdimensões: a) A dimensão Gestão do Sistema Municipal de Saúde, com quatro subdimensões - Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura; b) A dimensão Provimento de Ações, com as subdimensões de promoção / prevenção e diagnóstico / tratamento, subdivididas em crianças, adolescentes, adultos e idosos. A seleção de indicadores ocorre atendendo aos critérios de relevância, efetividade e eficácia, acrescentando-se a eficiência nas dimensões de Gestão<sup>10</sup> (Figura 1)

Figura 1 - Estrutura da Matriz Avaliativa do Modelo NEPAS

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	
	Promoção e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento
Atuação Intersetorial (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia e eficiência)	Criança (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia)	Criança (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia)
Participação Popular (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia e eficiência)	Adolescente (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia)	Adolescente (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia)
Recursos Humanos (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia e eficiência)	Adulto (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia)	Adulto (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia)
Infraestrutura (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia e eficiência)	Idoso (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia)	Idoso (Indicadores de relevância, efetividade, eficácia)

Fonte: NEPAS – UFSC (2007).

Para a adaptação proposta, foi primeiramente realizado levantamento de informações relacionadas a ações de enfrentamento ao COVID-19, buscando documentos e publicações sobre o tema, a fim de favorecer o embasamento teórico do assunto. A revisão de literatura utilizou a Biblioteca Virtual de Saúde, selecionando todas as bases de dados nela contida, a partir de descritores da plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

A busca ocorreu entre junho e agosto de 2021 com os seguintes descritores: COVID-19; Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Gestão de Serviços de Saúde e entre 133 artigos foram selecionados 34 para serem lidos na íntegra. Foram considerados critérios de inclusão: existência de um ou mais termos no título, artigos acessíveis na íntegra, em português, espanhol, inglês e italiano. Não foram considerados artigos com abordagem clínica. Também foram consultadas sites oficiais, legislações, informações midiáticas como sites jornalísticos, documentos de prefeituras, estados e união.

A etapa seguinte consistiu em submeter a matriz avaliativa à análise de especialistas. Foram convidados cinco especialistas, professores vinculados a UFSC, para participarem desta etapa. Para validar a matriz, foram consultados especialistas em busca do consenso. A proposta de matriz foi enviada por meio digital, solicitando que os especialistas emitissem sua concordância plena, concordância parcial ou discordância, e que apontassem suas sugestões de alteração e correção da proposta. Após cada consulta, as adequações foram realizadas de acordo



com as sugestões e o documento foi novamente encaminhado, até que não houvesse mais sugestões de mudanças. Foram realizadas três rodadas de consultas com os cinco especialistas.

## **RESULTADOS**

A matriz avaliativa foi construída com base no modelo teórico-lógico do NEPAS para avaliar a Gestão da Atenção Básica. Portanto, com base nas ações de responsabilidade do gestor municipal que foram pensadas e planejadas, de maneira que a maior parte das informações possam ser coletadas por meio de dados secundários ou de formulários de fácil preenchimento.

O modelo original (NEPAS) prevê indicadores para cada um dos quatro critérios (relevância, efetividade, eficácia e eficiência) para cada subdimensão, a saber: atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos, infraestrutura. Os quadros 1, 2, 3 e 4 apresentam a adaptação proposta para cada uma delas.

Quadro 1 - Subdimensão “Atuação Intersetorial” da Matriz de Avaliação da Gestão Municipal de Saúde no Enfrentamento da pandemia de COVID-19

<p><b>Subdimensão Atuação Intersetorial:</b> O gestor municipal deve garantir que todos os cidadãos tenham acesso à atenção básica em saúde em seu território, promovendo ações e articulações que assegurem esse direito. A atuação da gestão deve ser orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS, garantindo os recursos necessários para concretização das políticas de saúde.</p>			
<p><b>Relevância em Atuação Intersetorial:</b> O gestor deve tomar medidas que ampliem o alcance das ações de saúde para além do espaço das unidades de saúde, atuando sobre fatores que são de importância para a sociedade como um todo. No caso da pandemia, a existência de um comitê de crise envolvendo a representação de diferentes secretarias, juntamente com representantes de conselhos garante que as decisões sejam amplas e apropriadas à realidade local.</p>			
Indicador	Medida	Parâmetro	Fonte
Comitê de crise envolvendo diversos setores e representantes de conselhos	Número de outras secretarias no comitê e de representantes de conselhos (saúde, assistência social e educação, etc.)	5 ou mais secretarias e 3 representantes= bom; 3 a 4 secretarias e 2 representantes=regular; menos que 3 secretarias e 1 representante=ruim	Consulta documental, concedida por representante da gestão ou site.
<p><b>Efetividade em Atuação Intersetorial:</b> Os usuários de serviços públicos municipais anseiam por cobertura e atendimento adequados e suficientes para suas necessidades. O gestor da saúde deve promover articulações com outros serviços públicos para garantir que aqueles com forte influência sobre a saúde da população sejam bem estruturados. No caso da pandemia, o distanciamento social é uma medida efetiva para evitar contágios, e a taxa de isolamento demonstra o envolvimento de vários setores para promover essa medida.</p>			
Medidas de distanciamento social	Taxa de isolamento social no momento em que as medidas de restrição foram adotadas	Acima de 70%= bom, de 50% a 70%= regular, abaixo de 50%= ruim	Fonte: Consulta documental, concedida por representante da gestão, ou site.
<p><b>Eficácia em Atuação Intersetorial:</b> Cabe à gestão municipal monitorar a realização de ações e o cumprimento de padrões obrigatórios em serviços relacionados à atenção básica mesmo quando os serviços sejam de responsabilidade de outros setores. No caso da pandemia, o</p>			

cumprimento das medidas sanitárias estabelecidas, garantido pela estruturação de um serviço de vigilância formalizado para a situação, é um serviço essencial para o bem da população. A existência de um plano de trabalho de fiscalização é imprescindível para essa finalidade.			
Serviço específico de Vigilância para Covid 19	Existência de plano de trabalho de fiscalização contínua para Covid 19 envolvendo, além da SESA, pelo menos a secretaria de segurança pública para fiscalizar estabelecimentos, população em geral e organizações coletivas quanto ao cumprimento dos protocolos de segurança em vigilância da COVID-19.	Sim=bom, Não=ruim	Fonte: Consulta documental, por representante da gestão ou site.
<b><u>Eficiência em Atuação Intersetorial:</u></b> O gestor municipal deve garantir orçamento suficiente para realização das ações de saúde para seus cidadãos. Isso deve ser feito por meio de negociações que destinem valores monetários adequados para o orçamento da atenção básica e do bom uso dos recursos da pasta. No caso da pandemia, é considerado eficiência quando o gestor busca incentivo financeiro municipal para suporte às despesas devido a luta contra o coronavírus.			
Recursos financeiros municipal destinado à COVID-19	Recursos garantidos para realização das ações de saúde no combate ao COVID-19	Checklist se faltou ou não recursos essenciais – De 0-2= Ruim de 3-5= Regular Acima de 5- Bom	Fonte: Checklist em anexo

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Figura 2 – Checklist para coleta de dados do indicador “Recursos financeiros municipal destinado à COVID-19” da subdimensão Atuação Intersetorial da Matriz de Avaliação da Gestão Municipal de Saúde no Enfrentamento da pandemia de COVID-19

### Checklist Recursos Financeiros Municipais no Enfrentamento da COVID-19

Este Checklist busca analisar a forma como os governos municipais responderam à crise sanitária e quais medidas desenvolveram em termos de diagnóstico da COVID-19 e alocação dos recursos provenientes de fontes federais.

- 1- O município recebeu recursos financeiros federais para custeio das ações e dos serviços de saúde durante a pandemia?  
 Sim  Não
- 2- O município obteve recursos de emendas parlamentares para enfrentamento da COVID-19? (individual, bancada, relatoria e comissão)  
 Sim  Não
- 3- O município recebeu auxílio financeiro específico para enfrentamento da COVID-19?  
 Sim  Não
- 4- O município recebeu remessa de equipamentos de proteção individual/EPIs enfrentamento da COVID-19 (máscara, luva, avental etc.)?  
 Sim  Não
- 5- O município recebeu testes rápidos para COVID-19?  
 Sim  Não
- 6- O município alocou recursos financeiros federais na rede de serviços enfrentamento da COVID-19?  
 Sim  Não
- 7- O município alocou recursos alocou recursos financeiros na compra de testes para diagnóstico COVID-19?  
 Sim  Não

8- O município aplicou recursos federais em despesas com pessoal ou prestadores de serviços no enfrentamento ao COVID-19?  
 Sim  Não

9- O município alocou recursos para compra de equipamentos e insumos no enfrentamento ao COVID-19?  
 Sim  Não

10- O município alocou recursos em cursos para capacitação de pessoal da saúde no enfrentamento ao COVID-19?  
 Sim  Não

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Quadro 2 - Subdimensão “Participação Popular” da Matriz de Avaliação da Gestão Municipal de Saúde no Enfrentamento da pandemia de COVID-19

<p><b>Subdimensão Participação Popular:</b> Um dos princípios do SUS é a participação da população nas decisões de saúde, por meio de conferências de saúde, conselhos de saúde e outras modalidades de organização que visem garantir essa participação. É atribuição da gestão municipal garantir que esse princípio seja observado e seguido de maneira consistente e constante.</p>			
<p><b>Relevância em Participação Popular:</b> O gestor deve tomar medidas que estimulem a divulgação e discussão das decisões em saúde para além dos espaços dos conselhos e serviços, envolvendo a sociedade como um todo. No caso da pandemia, há necessidade de manter a sociedade conhecedora da situação, dos protocolos e dos perigos eminentes, assim como para realização de educação em saúde e prevenção da doença.</p>			
Indicador	Medida	Parâmetro	Fonte
Plano de comunicação	Existência de plano de comunicação formulado para divulgar informações corretas, desmentir <i>fake news</i> e fazer educação em saúde.	Sim=bom, Não=ruim	Consulta documental ou site que comprove o plano de comunicação fornecido pelo representante da gestão local

<p><b><u>Efetividade em Participação Popular:</u></b> A participação popular deve ocorrer de forma a representar os usuários dos serviços de maneira organizada e consciente, e a gestão municipal deve garantir tal representatividade de maneira democrática e efetiva. No caso da pandemia, os canais de atendimento específicos sobre a COVID-19 são efetivos para orientar, tirar dúvidas, realizar denúncia e facilitar o acesso aos cidadãos evitando deslocamento e lotação das unidades de saúde.</p>			
Canal(is) de atendimento sobre o COVID-19	Existência de canais de comunicação para atender e orientar a população	Sim=bom, Não=ruim	Fonte: Indicação dos canais de atendimento por um representante da gestão local
<p><b><u>Eficácia em Participação Popular:</u></b> A participação popular está regulamentada e cabe à gestão municipal garantir que elas sejam cumpridas. No caso da pandemia, as reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) em formato online são consideradas eficazes e imprescindíveis devido as regras do distanciamento social. O formato online pode, de certa forma, garantir que as reuniões ocorram e que a população possa participar.</p>			
Reuniões dos CMS	Número de reuniões dos CMS durante a pandemia que apresentam em ata a discussão da situação da pandemia no município.	Pelo menos 6 Atas por ano = bom Menos que 6 Atas por ano = ruim	Fonte: Atas do CMS
<p><b><u>Eficiência em Participação Popular:</u></b> A atuação da participação popular deve ocorrer de maneira independente e responsável. A gestão municipal deve proporcionar condições para que essa atuação seja conduzida com probidade. No caso da pandemia, o direito da população a informações confiáveis, capazes de transmitir a gravidade da situação e ou o abrandamento da crise, dependendo da situação é considerado eficiente. Ao longo da pandemia os números chocaram a muitos, enquanto alguns se mostraram desumanamente indiferentes, em todo caso, deve-se considerar o direito à vida e não há dúvida que os números permitem que se conheça melhor os riscos mais imediatos resultantes da propagação do vírus e de sua letalidade.</p>			
Divulgação dos números de casos COVID-19	Divulgação de boletins epidemiológicos da COVID-19 para os órgãos competentes e para a população	Diário=bom, semanal=regular, mensal=ruim	Fonte: Apresentação dos boletins por representante da gestão local

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Quadro 3 - Subdimensão “Recursos Humanos” da Matriz de Avaliação da Gestão Municipal de Saúde no Enfrentamento da pandemia de COVID-19

<p><b>Subdimensão Recursos Humanos:</b> É atribuição da gestão municipal garantir quantidade e qualidade de profissionais de saúde para atuarem na atenção básica, seguindo os preceitos constitucionais e os princípios do SUS. Seleção, capacitação, educação permanente, condições de trabalho e salários dignos são essenciais para o cumprimento dessa atribuição.</p>			
<p><b>Relevância em Recursos Humanos:</b> O gestor deve tomar medidas que valorizem os Recursos Humanos, permitindo que o trabalho seja feito com dignidade e motivação, envolvendo o benefício de todos. No caso da pandemia, as contratações exclusivas foram essenciais para atender as demandas aumentadas devido à pandemia, e mitigar a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde envolvidos no combate direto ao coronavírus.</p>			
Indicador	Medida	Parâmetro	Fonte
Número de pessoal no atendimento à COVID-19	Existência de profissionais suficientes para atender as demandas COVID-19	Suficientes=bom, Insuficientes=ruim	Questionário ou entrevista junto ao coordenador de AB
<p><b>Efetividade em Recursos Humanos:</b> A existência de Recursos Humanos qualificados e com motivação permitirá prestar serviços de qualidade e adequados às necessidades da população. No caso da pandemia, os cuidados destinados aos trabalhadores da saúde, a garantia do direito a condições de trabalho dignas e seguras no contexto da COVID-19 se mostraram efetivos, uma vez que garantem menos afastamentos, mais qualidade do trabalho, e melhor oferta de cuidados para a população.</p>			

Controle de infecção e prevenção de risco ocupacional	Existência de ações voltadas ao controle de infecção e prevenção de risco ocupacional quanto à COVID-19 Ex: disponibilização de EPIs, afastamento dos profissionais do grupo de risco, capacitação de forma contínua.	Sim=bom, Não=ruim	Fonte: Consulta documental apresentada por gestor local
<p><b><u>Eficácia em Recursos Humanos:</u></b> O gestor deve buscar uma situação ideal, em que todo o pessoal envolvido na atenção seja especificamente formado para essa atuação, quando terá potencial para atingir todas as metas preconizadas, quantitativa e qualitativamente. A educação permanente é considerada eficaz e essencial para qualificar a assistência prestada aos usuários e tornar o cuidado mais seguro. O caráter contínuo da capacitação foi duplamente reforçado no contexto da pandemia, pois os métodos foram desenvolvidos, aprendidos e apreendidos ao longo da experiência vivenciada com o vírus em rápida expansão.</p>			
Capacitação para os profissionais referente ao covid19	Existência de ações voltadas à capacitação profissional quanto à COVID-19	Sim=bom, Não=ruim	Fonte: Consulta documental apresentada por gestor local
<p><b><u>Eficiência em Recursos Humanos:</u></b> A máxima utilização de ações específicas permitirá a realização de todo o potencial da atenção básica, em termos de volume de assistência com recursos disponíveis. O uso da telessaúde na pandemia se mostrou eficiente ao auxiliar a otimização dos processos, reduzir o tempo de operacionalização, custos e riscos, além de facilitar o acesso ao atendimento à população</p>			
Adesão à telessaúde	Implantação e utilização de serviços de telessaúde durante a pandemia. Ex.: Realizar ações de cuidado à distância – teleatendimentos, via telefone e plataformas de internet.	Sim=bom, Não=ruim	Fonte: Consulta documental apresentada por gestão local

Fonte: Elaboração da autora, 2022.



Quadro 4 - Subdimensão “Infraestrutura” da Matriz de Avaliação da Gestão Municipal de Saúde no Enfrentamento da pandemia de COVID-19

<p><b>Subdimensão Infraestrutura:</b> O pleno desenvolvimento das ações da atenção básica exige espaços, equipamentos, materiais e recursos logísticos adequados e suficientes. A gestão deve providenciar que as unidades de saúde tenham espaço físico planejado de acordo com as normas, e que sejam equipadas com todos os recursos previstos pelos padrões técnicos e pela vigilância sanitária.</p>			
<p><b>Relevância em Infraestrutura:</b> Para maior impacto da atenção básica, o gestor deve buscar alternativas que consigam atingir a todos os cidadãos, criando condições para que sejam atendidos em qualquer situação. No caso da pandemia, é relevante realizar ações de planejamento das unidades de atendimento, estabelecimento de fluxos de atendimento e regulação junto à Rede de Atenção à Saúde, na organização dos atendimentos da COVID-19, de pacientes crônicos e demais usuários. Pode-se mencionar o papel do gestor na responsabilidade de garantir a todos e todas o acesso à saúde, nesse caso, a especificidade do vírus e seu modo de transmissão, obrigam o desenvolvimento de uma organização específica.</p>			
Indicador	Medida	Parâmetro	Fonte
Reorganização da AB para atendimentos COVID-19	Existência de planejamento específico das unidades de atendimento, estabelecimento de fluxos de atendimento e regulação junto à RAS	Sim=bom, Não=ruim	Fonte: Consulta documental apresentada por gestão local
<p><b>Efetividade em Infraestrutura:</b> As condições de infraestrutura devem permitir que todas as atividades previstas na AB estejam ao alcance das equipes. No caso da pandemia, a linha de cuidado permite melhor organização e atenção à saúde no combate ao coronavírus. Além de diminuir os riscos de contaminação, a implantação da linha de cuidado proporciona melhor organização do atendimento.</p>			
Implantação de protocolo clínico de	Implantação de protocolo clínico de atenção ao COVID-19	Sim=bom, Não=ruim	Fonte: Consulta documental

atenção ao COVID-19			
<p><b>Eficácia em Infraestrutura:</b> O gestor deve garantir infraestrutura necessária e suficiente para garantir atenção básica a todos os cidadãos. No caso da pandemia, o gestor deve buscar alternativas que consigam atingir a todos os cidadãos no enfrentamento ao vírus, criando condições para que sejam atendidos. No caso da pandemia, o estímulo e a facilitação do acesso à vacinação são ações cruciais, consideradas eficientes e esperadas de um gestor na luta para controlar a pandemia.</p>			
Unidades de Saúde com horário estendido	Percentual de Unidades com horário estendido durante a pandemia	Acima de 40%= bom, de 30 a 20%= regular, abaixo de 20%= ruim	Fonte: Consulta documental apresentada por gestão local
<p><b>Eficiência em Infraestrutura:</b> O gestor deve prover a atenção básica de condições materiais que permitam atingir o máximo de seu potencial. Dessa forma, adotar o horário estendido de algumas unidades de saúde se faz necessário devido aumento da procura da população, à vacinação contra a COVID-19, e para evitar a lotação dos demais estabelecimentos que compõe a rede de atenção à saúde.</p>			
Vacinação COVID-19	Percentual da população com esquema vacinal COVID-19 completo	Menor 50% = ruim; 50 a 65% regular; mais de 65% bom	Fonte: Consulta documental ou site

**Fonte:** Elaboração da autora, 2022.

## DISCUSSÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e foi declarada como pandemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020<sup>13</sup>. Em todo o mundo, as respostas para reduzir a disseminação e a mortalidade por COVID-19 dependem em grande parte da organização dos sistemas de saúde existentes, capacidade econômica, e fatores políticos.

No Brasil, o SUS tem a missão de garantir o atendimento à população e função fundamental na contenção da doença. A Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema e coordenadora da rede de atenção, se destaca ao apresentar-se como um recurso estratégico e potente no enfrentamento à pandemia<sup>12</sup>. Nesse sentido, os pilares organizacionais da gestão municipal, e aqui representados pelas subdimensões Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura tem importante papel no que toca a garantia de acesso da população e na mitigação dos impactos da pandemia no sistema de saúde, nos serviços sociais e na economia.

Neste sentido, para a subdimensão Atuação Intersetorial, a proposta deste estudo inclui como *indicador* “Comitê de crise envolvendo diversos setores e representantes de conselhos”, visto que pandemia se apresenta como um problema de várias dimensões e, por isso, exige soluções intersetoriais. A literatura aponta a importância de medidas como a instituição de comitês de crise para enfrentamento à epidemia. Tais comitês devem envolver diversos representantes de diferentes setores, de forma que, possa reunir saberes e habilidades para melhor gestão e planejamento de forma coesa e oportuna para uma resposta coordenada e efetiva no combate ao surto<sup>14</sup>. A instalação de comitês de crise de caráter intersetorial possibilita a convergência de iniciativas, reduz a sobreposições de ações com finalidade similar, potencializa mudanças estruturantes, evita o desperdício de tempo, recursos humanos, burocráticos e financeiros.<sup>15</sup> Além disso, os conselhos municipais são órgãos responsáveis pelo controle social no SUS e tem papel relevante no acompanhamento e controle das ações e política no seu território, assim, o envolvimento de seus representantes nos comitês de crise, mitiga a assimetria e o desencontro de informações e potencializa a articulação das diferentes abordagens para se prover as intervenções sanitárias necessárias.<sup>16</sup>

O *indicador* “Medidas de Isolamento” procura indicar se foram ou não tomadas medidas no sentido de conter a propagação do vírus, estabelecendo como *medida* a relação entre a taxa de isolamento social e as medidas tomadas no sentido de restringir ou não a movimentação social, ou seja, da efetividade das medidas que se propôs aplicar.

Este indicador foi escolhido, pois devido ao alto índice de transmissão da COVID-19, as medidas de distanciamento social da população foram as principais estratégias utilizadas para a redução do contágio e para evitar o colapso do sistema de saúde, no período anterior ao surgimento das vacinas<sup>17</sup>. O distanciamento social consiste em medidas que visam restringir as interações comunitárias, a regulação do fluxo de pessoas, e que, por consequência, possibilita reduzir a transmissão do vírus, como por exemplo, o fechamento de escolas, suspensão de serviços não-essenciais, cancelamentos de eventos e de qualquer ato que gere aglomerações.<sup>18</sup>

Ademais, um estudo de revisão realizado pela Cochrane, apontou que o isolamento social associado a outras medidas de saúde pública, como quarentena, estímulo ao uso de máscaras e lavagens das mãos, diminuem o risco de contágio e reduzem de 31% a 63% a mortalidade por COVID-19, indicando que estratégias de redução de mobilidade e aglomerações são efetivas e fundamentais para contenção da doença<sup>18</sup>. Além disso, a OMS defende que a taxa de isolamento social ideal seria de 70% para evitar mortes e para diminuir a velocidade de transmissão do vírus.<sup>19</sup>

Aliado às medidas de isolamento social, está a fiscalização das medidas adotadas. Assim, o *indicador* “Serviço específico de Vigilância para Covid 19” que se refere ao cumprimento das medidas sanitárias estabelecidas de acordo com o proposto em planejamentos e decretos, ações necessárias para conter a disseminação do vírus. É por meio de ações de fiscalização, juntos aos estabelecimentos e da população, que se verifica a adesão às medidas recomendadas para prevenção e controle da pandemia. De acordo com a OMS, as medidas de controle sanitário são essenciais para a realização de uma vigilância ativa da COVID-19 e para mitigação do risco à saúde da população.<sup>20</sup> Ademais, o envolvimento da secretaria de Segurança Pública é necessário para que as medidas de distanciamento físico sejam adequadamente cumpridas pelos cidadãos.

Finalmente, para garantir a sustentabilidade e a efetividade destas medidas de distanciamento e para que a APS desenvolva ações nesse sentido, é necessário fortalecer a articulação com demais setores para apoiar a população em suas diversas vulnerabilidades e assim garantir ações de promoção, prevenção e cuidado.<sup>21</sup> Nesse sentido, a Atuação

Intersetorial, no que diz respeito a recurso financeiro, se faz fundamental para garantir o direito à vida da população e na mitigação dos efeitos da pandemia, principalmente dos grupos mais vulneráveis, visto que o âmbito social e econômico é afetado.<sup>20</sup> Dessa forma, o *indicador* “Recursos financeiros municipal destinado à COVID-19” se volta para este ponto, procurando conhecer, por meio da *medida*, se houve articulação política e administrativa para garantir os recursos necessários e propõe a aplicação de um *checklist*, no qual conste listados os recursos essenciais demandados pela crise, trazendo à luz se houve ou não carência de recursos/falta de cumprimento da lista. É por meio dos recursos financeiros que se pode alcançar a proteção social para diminuir o impacto das medidas de saúde pública. Este é um dos desafios nesse cenário que é, sobretudo, agravado pelos efeitos da EC 95 e as consequentes restrições financeiras e orçamentárias ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde em todos os níveis.<sup>2</sup>

No que diz respeito a participação popular, a OMS recomenda fortemente o engajamento da comunidade no combate ao vírus.<sup>21</sup> A participação popular é fator crucial para alcançar maior compreensão e adesão às medidas de prevenção. Assim, para subdimensão Participação Popular, estabelece como *indicador* a existência de um “Plano de Comunicação” que tenha por finalidade manter a população informada. Nesse sentido, a OMS aponta a importância da criação de um plano de comunicação consistente para combater a desinformação, divulgar as medidas de prevenção e controle da pandemia, assim como para trabalhar com a mídia e promover o engajamento da comunidade.<sup>22</sup>

No que diz respeito ao *indicador* “Canal(is) de atendimento sobre o COVID-19”, a OMS também recomenda a criação de tais canais de comunicação, como forma de ampliar as possibilidades da população se informar, monitorar e corroborar as atividades concernentes ao poder público.<sup>21</sup> Estes canais oportunizam o empoderamento dos cidadãos na discussão das medidas municipais e possibilitam que a população tenha participação ativa na política, visto depender do povo o respeito ou não às normas e medidas adotadas. A utilização de mídias sociais e ou rádios comunitárias, por exemplo, que os profissionais da APS podem propor estratégias de educação em saúde, repassar informações relacionadas à COVID-19, a situação de saúde da comunidade, orientar quanto ao reconhecimento de sinais e sintomas de agravamento da doença e sobre o funcionamento da unidade de saúde durante a pandemia.<sup>22</sup>

Outra questão sensível à participação popular é o controle social. O controle social é institucionalizado por meio dos conselhos e conferências de saúde. Mais do que nunca, os conselhos municipais de saúde, são reconhecidos com um recurso fundamental para o

fortalecimento do SUS e proteção dos cidadãos na luta contra a COVID-19.<sup>23</sup> Dessa forma, foi eleito como *indicador* “Reuniões do Conselho Municipal de Saúde”, que busca avaliar a realização de reuniões do CMS no formato *online*. Com a pandemia, os conselhos de saúde tiveram inúmeras dificuldades para funcionar normalmente e manter as reuniões. Com isso, para manter o funcionamento durante a pandemia, a adesão ao formato de reuniões *online* pode ser uma alternativa viável devido ao contexto.

Vale frisar, que o trabalho dos CMS, aliado a vigilância, permite a compreensão da dinâmica da doença nas localidades, potencializa o engajamento da participação popular nos processos deliberativos e na formulação de estratégias de enfrentamento à pandemia. Além disso contribui no monitoramento e fiscalização das ações da gestão pública.<sup>24</sup>

No que se refere aos recursos humanos, a escassez de profissionais de saúde para atender a demanda aumentada dos serviços, tem sido um nó crítico para gestão. Um estudo constatou que durante crises sanitárias, os profissionais de saúde trabalham muitas horas sem pausa e sob alta pressão, resultando em cansaço e esgotamento. Além disso, o longo período de trabalho afeta negativamente o nível de atenção e a capacidade de respostas destes profissionais.<sup>25</sup> Nesse sentido, para a subdimensão Recursos Humanos, o *indicador* “Número de pessoal no atendimento à COVID-19” se refere a avaliação da existência de profissionais suficientes para atender as demandas aumentadas devido à pandemia, e assim mitigar a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde envolvidos no combate direto ao coronavírus.

Outro ponto crítico é a contaminação dos profissionais de saúde e demais trabalhadores envolvidos no cuidado da COVID-19, visto que eles estão expostos ao vírus e correm alto risco de contaminação.<sup>26</sup> Assim, o *indicador* “Controle de infecção e prevenção de risco ocupacional” refere-se aos cuidados destinados aos trabalhadores da saúde, a garantia do direito a condições de trabalho dignas e seguras no contexto da COVID-19. Nesse sentido, a Lei Orgânica do SUS (8080/90) prevê a garantia da promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos provenientes das condições de trabalho.<sup>27</sup> Dessa forma, cabe ao gestor instituir ações voltadas ao controle de infecção e prevenção de risco ocupacional quanto à COVID-19, como por exemplo, a disponibilização de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados e suficientes e capacitação dos profissionais quanto as melhores práticas de prevenção e controle de infecção baseadas em evidências.<sup>28</sup>

A capacitação dos trabalhadores, é extremamente necessária, visto que o COVID-19 é uma doença altamente transmissível e que o manejo errôneo pode acarretar novas

contaminações. Dessa forma, o *indicador* “Capacitação para os profissionais referente ao COVID-19” defende que a educação permanente é essencial para qualificar a assistência prestada aos usuários e tornar o cuidado mais seguro. Ademais a pandemia apresenta um contexto novo, que reforça a necessidade de capacitação e orientação específica, assim como busca qualificar a assistência prestada aos usuários e, assim, tornar o cuidado mais seguro.<sup>29 30</sup>

A gestão deve se planejar no sentido de prover profissionais suficientes e capacitados, além de buscar outras alternativas para atender a demanda. Com a pandemia, muitos profissionais foram afastados por apresentarem comorbidades, seguindo a recomendação da OMS. Somado a isso, houve inúmeros afastamentos por suspeita e ou confirmação de COVID-19.<sup>30</sup> Nesse sentido, os serviços de telessaúde, surgem como uma alternativa para auxiliar tais problemas. A telessaúde teve uma função importante na pandemia em países como Itália e EUA<sup>31</sup>, pois facilita o acesso, diminui a circulação de pessoas, minimiza os problemas logísticos, e auxilia na necessidade e distribuição de recursos humanos<sup>32</sup>. Assim, o *indicador* “Adesão à telessaúde” pondera que o uso da telessaúde na pandemia pode auxiliar a otimização dos processos, reduzir o tempo de operacionalização, custos e riscos, além de facilitar o acesso ao atendimento à população. Ademais, a oferta de serviços de telessaúde podem contribuir para a melhoria do acesso ao cuidado, para a redução de deslocamentos desnecessários na mitigação da propagação do vírus e na sobrecarga dos serviços de saúde<sup>33</sup>. Vale destacar, que o Ministério da Saúde autorizou o uso da telemedicina para realização de atendimentos, monitoramento e encaminhamentos à distância, bem como seu uso, entre profissionais<sup>34</sup>.

Por fim, na subdimensão “Infraestrutura”, apresenta como *indicador* “Reorganização da Atenção Básica para atendimentos COVID-19”, que tem como objetivo, identificar a existência de ações de planejamento das unidades de atendimento, estabelecimento de fluxos de atendimento e regulação junto à Rede de Atenção à Saúde, importante na organização dos atendimentos da COVID-19, de pacientes crônicos e demais usuários.

Ressalta-se, que a infraestrutura é fator crucial para que a APS desenvolva seu papel e a precariedade das unidades, aliada a falta de recursos materiais, acarretam a perda de vidas. Com a alta demanda da pandemia, a reorganização da APS se faz imprescindível para garantir atendimento a todos, para evitar cancelamento de atividades programadas e para manter o acompanhamento aos pacientes de grupo de risco, com condições crônicas como hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos. Essa reorganização deve envolver a regulação de pacientes e a definição de um fluxo junto aos demais serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde, visto que a APS é coordenadora da rede<sup>35 36</sup>

Outro ponto importante, diz respeito ao *indicador* “Implantação de protocolo clínico de atenção à COVID-19” que entende que esta ação pode permitir uma melhor organização e atenção à saúde no combate ao coronavírus, otimizar a infraestrutura dos serviços, a força de trabalho e beneficiar os usuários, tornando o fluxo de atendimento mais ágil e efetivo. Além disso, com a implantação do protocolo clínico é possível alcançar um melhor processo de planejamento, de implementação das ações e realizar o seu monitoramento, assim como, padronizar o processo de trabalho. Os protocolos clínicos são conhecidos e importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos fatores na assistência ao paciente e na gestão dos serviços. O protocolo clínico pode determinar o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle do vírus, bem como disponibilizar orientação clínica para seus trabalhadores que atuam na linha de frente.<sup>37</sup>

O *indicador* “Vacinação COVID-19” considera que o estímulo e a facilitação do acesso à vacinação são ações cruciais, esperadas de um gestor para controlar a pandemia. No cenário da pandemia, a vacinação contra a COVID-19 é imprescindível, visto que ainda não há medidas farmacológicas para a cura. Nesse sentido, as Secretarias Municipais de Saúde, em conjunto com a rede de serviços da APS, podem se organizar para atender a todos os cidadãos e de modo que a vacinação não prejudique os demais atendimentos.<sup>38</sup>

Por fim, o horário estendido também toca na questão da vacinação da COVID-19. Vale destacar, que é recomendado ao gestor municipal que organize a APS de maneira que possa ofertar a disponibilização de horários alternativos para a vacinação, como período da noite e finais de semana, de modo que a garantir o acesso da população à vacina.<sup>39</sup> Assim, considerando o aumento da demanda de atendimentos, o MS buscou solução, por meio da expansão do horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Com isso, em 15 de maio de 2019, publicou a portaria nº930, que trata sobre o financiamento federal como incremento para que seja implantado o horário estendido das unidades e apoia com recursos novos as unidades que funcionem 60h ou 75h. Dessa forma, a portaria possibilitou a ampliação do acesso da população aos serviços da APS e ampara os gestores locais.<sup>40</sup>



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta elaborada verificou que é possível e válido avaliar as ações da gestão municipal no enfrentamento a pandemia de COVID-19.

A proposta pode ser utilizada por gestores, profissionais e demais interessados em elaborar políticas sobre o tema, trazendo reflexões sobre o papel da APS na pandemia. Pode ser um subsídio para avaliações futuras, sempre considerando que uma grande quantidade de estudos vem sendo produzida e as recomendações apresentadas estão sujeitas a mudanças conforme surgirem novas evidências.

Destaca-se que a pandemia é fator inédito nesse século e traz reflexões sobre os sistemas de saúde. Assim, o desenvolvimento deste estudo foi útil para melhor compreensão do papel do gestor e da APS no enfrentamento à pandemia de coronavírus. O pouco tempo de existência e a insuficiência de estudos avaliativos sobre o tema evidenciam a importância de se realizar pesquisas que possam contribuir para a compreensão dessa intervenção e para a proposição de questões que possam direcionar a avaliação das ações referentes ao enfrentamento ao COVID-19 na APS.

Apesar da APS não atuar diretamente sobre os casos graves da COVID-19, ela é protagonista na redução do contágio da infecção e em diversos efeitos decorrentes do contexto da pandemia que afetaram toda a população. Uma APS forte e organizada é fundamental para o controle da pandemia.

## REFERÊNCIAS

- 1 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*, v. 2, n. 1, p. 3–10, 2020.
- 2 Campos, G. W. DE S. O pesadelo macabro da COVID-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, p. 5–9, 2020.
- 3 Guadalupe, M. et al. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? *Cadernos de Saúde Publica*, v. 36, n. 8, 2020.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*. Brasília. 2006.
- 5 Starfield, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- 6 Arantes, L J.; Shimizu, H E; Merchán-Hamann, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. & Saúde Coletiva*.2016; 21(5):1499–1510.
- 7 Lima, C A et al. Avaliação do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais. *Trab Edu Saude*. 2019; 17(1).
- 8 Mendes, E V *As redes de atenção a saúde*. Brasília, DF: OPAS, 2011.
- 9 Ibáñez,, Nelson et al. Política e gestão pública em saúde. In: *Política e gestão pública em saúde*. 2011. p. 824-824.
- 10 Nepas – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. *Avaliação da Gestão da Atenção Básica em Santa Catarina*. Apresenta o projeto e permite que os municípios tenham acesso aos formulários e relatórios da avaliação, 2007.
- 11 Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open* [Internet]. 2020 Jan
- 12 Souza, C. D. F. et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Brazilian Oral Research*. 2020; 34:1–3.

13 Garcia, L P; Duarte, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. Rev do Sist Único de Saude do Br. 2020; 29(2).

14 Huang, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 2020; 395(10223):497–506, 2020.

15 IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Boletim de Análise Político Institucional. 2020

16 Junior, JP; Morais, MB. Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. Cad. Saúde Pública 2020; 36(8):e00151620

17 Aquino, E. M. L. et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. Ciencia e Saude Coletiva, v. 25, p. 2423–2446, 2020

18 OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Resposta à transmissão comunitária de COVID-19. Opas, p. 1–6, 2020.

19 Borges, B Coronavírus: Taxa de isolamento social em SP se mantém em 50% nesta quarta; índice ideal é de 70%. G1 São Paulo Online. 16 abr 2021.

20 Nussbaumer-Streit, B et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Data of System Rev. 2020; 2020 (9).

21 WHO. World Health Organization. Creating surge capacity for acute and intensive care Recommendations for the WHO European Region. Health Systems Respond to COVID19. Technical Guidance 2, 6 April 2020.

22 WHO. World Health Organization. Comunicação de riscos em emergências de saúde pública. s.n

23 Jarosińska, A. et al. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. Pediatria i Medycyna Rodzinna, v. 16, n. 1, p. 27–32, 2020.

24 Martins, Amanda de Lucas Xavier, Vicente José Leitão Crisostomo Júnior, and Helena Maria Scherlowski Leal David. "Controle social e atuação da enfermagem em defesa da vida na pandemia de COVID-19." Revista Brasileira de Enfermagem 74 (2021).

25 Chang, De, et al. Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *The Lancet Respiratory Medicine* 8.3 (2020): e13.

26 Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.

27 DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Salvador – Cerest Salvador. Complexo Municipal de Saúde Dr. Clementino Fraga. Nota Técnica Nº 009/2020: RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHADORES DA SEGURANÇA PÚBLICA. A COVID-19 e as repercussões no mundo do trabalho. p. 1-5. Disponível em: [http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/nota\\_tecnica\\_no\\_09.2020\\_-\\_seguranca\\_publica\\_final-editado.pdf#overlay-context=recursos/nota-tecnica-recomendacoes-trabalhadores-seguranca-publica-COVID-19-repercussoes-mundo](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/nota_tecnica_no_09.2020_-_seguranca_publica_final-editado.pdf#overlay-context=recursos/nota-tecnica-recomendacoes-trabalhadores-seguranca-publica-COVID-19-repercussoes-mundo). Acesso em: 07 out. 2020.

28 Bousquat, A. et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil.

29 ABRASCO. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. [2020 Set 18].

30 Daumas, R P et al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: Limits and possibilities for fighting COVID-19. *Cad de Saúde Pub.* 2020; 36(6).

31 Bressy, S ; Zingarelli, E M. Technological devices in COVID-19 primary care management: the Italian experience. *Fam Prac.* 2020; 45(6): 2020.

32 Geri, J. et al. Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. 2020.

33 Harzheim, E et al. Federal actions to support and strengthen local efforts to combat COVID-19: Primary health care (PHC) in the driver's seat. *Cienc e Sau Col.* 2020; 25:2493–2497.

34 Nilo, B J et al. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. 2020.

35 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. [Internet] (2020)

36 Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV). [cited 2020 Feb 12]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>

37 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19. Brasília: MS; 2021. DeVoe, J E., Andrew B. Primary care in the COVID-19 pandemic: essential, and inspiring. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 34. Supplement (2021): S1-S6.

38 Majeed, A. The impact of COVID-19 on academic primary care and public health. *J R Soc Med.*, Londres, v. 113, n. 8, pág. 319, 2020.

39 Souza, C D F de, et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Brazilian oral research* 34 (2020).

40 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2019; 17 mai.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo concluiu que as ações da gestão municipal frente à pandemia de COVID-19 são avaliáveis. Além disso, o estudo buscou trazer a luz o protagonismo da Atenção Primária à Saúde e a sua importância, visto que desde o golpe de estado em 2016 este nível de atenção vem sofrendo tentativas de desmonte, conforme apontado por diversas instituições de saúde pública reconhecidas.

Nesta perspectiva, apesar de todas as dificuldades recentes e dos problemas crônicos enfrentados pela APS, como o subfinanciamento, considera-se importante reconhecer o seu potencial para atuar junto à população de maneira capilarizada, vigilante e fiel aos seus princípios, dando conta de alcançar os âmbitos sanitários, econômicos e sociais. Além disso, reforça a necessidade de se defender a APS, principalmente no tocante a alocação de recursos financeiros, como meio para o seu fortalecimento.

Frente a APS, o gestor municipal tem papel importante, visto que a pandemia é um dos desafios sanitários mais graves da história e veio acompanhada do contexto brasileiro marcado por desalinhamento político, informações falsas, desencontradas, e omissão principalmente por parte do governo federal. Nesse sentido é essencial que o gestor lidere a crise sanitária, com vistas a prover acesso e garantir a vida dos cidadãos, mesmo que alguma de suas ações sejam julgadas como impopulares.

Por fim, conclui-se que a matriz aqui apresentada possui potencial avaliativo e que pode servir de apoio para discussões e avaliações futuras e assim, contribuir para alcançar resultados melhores no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO; Cebes; Ensp. **Contra a reformulação da PNAB** – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. 2017. [internet]. [acesso em 2019 jun]. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica--nacional-de-atencao-basica/29798/>>.
- AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos. 2016.
- ALBUQUERQUE, T. I. P. E; FRANCO DE SÁ, R. M. P.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. DO A. C. DE. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1695–1706, 2016.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.
- ARAUJO, E.; AKIKO, M. How To Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in. [s.l: s.n.].
- ATINGA, R. A.; AGYEPONG, I. A.; ESENA, R. K. Willing but unable? Extending theory to investigate community capacity to participate in Ghana’s community-based health planning and service implementation. *Evaluation and Program Planning*, v. 72, p. 170–178, 2019.
- BARON, M. V. et al. Contenção, mitigação e supressão no combate à pandemia do COVID-19: levantamento e análise. *Saúde Coletiva (Barueri)*, n. 54, p. 2653–2660, 2020.
- BERGER, E.; REUPERT, A. The COVID-19 Pandemic in Australia : Lessons Learnt. v. 12, n. 5, p. 494–496, 2020.
- BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T. DE; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 11, p. 2143–2154, 2011.
- BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 8, p. 1–15, 2017.
- BRASIL. Lei no 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 set. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. AMAQ. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Depar. Brasília: Ministério da Saúde, v. Série A. N, p. 80, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006.

BRASIL. Plano diretor de unidade básica de saúde.2018.

BRASIL. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília, 2009.

BRASIL.Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de Dezembro De 2016.Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. [Internet]. [citado em 20 nov. 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo\\_clinico\\_covid19\\_atencao\\_especializada.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid19_atencao_especializada.pdf)

BRESSY, S. ; ZINGARELLI, E. M. Technological devices in COVID-19 primary care management: the Italian experience. Family Practice, v. 45, n. 6, p. 725–726, 2020.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA; J.T.; TRAEBERT, J.L. A Odontologia e a estratégia saúde da família. Tubarão: Unisul; 2006. p. 115-139.

CAMPOS, G. W. DE S. O pesadelo macabro da COVID-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, p. 5–9, 2020.

CAMPOS, G. W. DE S.; JÚNIOR, N. P. A atenção primária e o programa mais médicos do sistema Único de saúde: Conquistas e limites. Ciencia e Saude Coletiva, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016.



- CARLOS, J.; FERNANDEZ, A. Promoção Da Saúde E Gestão Local. *Medicina*, p. 1–95, 2007.
- CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: Uma revisão do estado da arte. *Physis*, v. 27, n. 4, p. 1265–1286, 2017.
- CARVALHO, S. R. et al. Sistemas públicos universais de saúde e a experiência cubana em face da pandemia de COVID-19. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021.
- CAVALCANTI, A. D.; CORDEIRO, J. C. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 37, p. 1–9, 2016.
- CEBES, C. B.. Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 383, 2014.
- CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. et al. (Org.). *Avaliação em saúde conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 19-4
- COELHO, J.S.; ANDRADE, R.J.H. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação 1 Building Social Participation on the Brazilian Health System: a constant rethinking that seeks fairness and transformation Resumo. p. 138–151, 2012.
- COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. 8ª Ed., Petrópolis/RJ:Editora Vozes, 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ Z. M. A. (org.) *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997. pp. 29-47.
- CONCEIÇÃO, M, FREIRE, R, Covid-19 - um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2020
- COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 5, p. 969 a 992, 2003. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6509>. Acesso em: 20 fev. 2022.

DAUMAS, R. P. et al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: Limits and possibilities for fighting COVID-19. *Cadernos de Saude Publica*, v. 36, n. 6, 2020.

DE MARIA R. Caratteristiche ed errori della gestione sanitaria della pandemia da COVID-19 in Itália : una défaillance di sistema. *Rivista trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, p. 1–77, 2020.

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Adiministration Press: 1980. 1:77-125.

DUNLOP, C. et al. The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*, v. 4, n. 1, p. 3–5, 2020.

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*, v. 2, n. 1, p. 3–10, 2020.

FARMER, J. et al. Citizen participation in health services co-production: A roadmap for navigating participation types and outcomes. *Australian Journal of Primary Health*, v. 23, n. 6, p. 509–515, 2017.

FIONDA, S. R. Italia y el coronavirus : crónica desde el fin de la cuarentena Italy and coronavirus : chronic since the end of quarantine. n. <https://doi.org/10.24215/16696581e392>, p. 1–5, 2020.

Fleury S, Ouverney ASM, Kronemberger TS, et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2010 [acesso em 2020 jul 4]; 28(6):446-55. Disponível em: [https:// www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n6/446-455](https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n6/446-455).

FRACOLLI, L. A., et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 12, 2014. pp. 4851-4860. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>>.

FREEMAN, T. et al. A framework for regional primary health care to organise actions to address health inequities. *International Journal of Public Health*, v. 63, n. 5, p. 567–575, 2018.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e servicios de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, v. 29, n. 2, p. e2020222, 2020.

- GERI, J. et al. Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. v. 24, p. 1–6, 2020.
- GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. DE. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. suppl 2, 2017.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545.
- GM, P. et al. Pacto de Indicadores da Atenção Básica : instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS Indicators ` Pact for Basic Care : negotiation. v. 3, n. 2, p. 221–224, 2003.
- GONÇALVES, R. F. et al. O programa mais médicos, a infraestrutura das unidades básicas de saúde e o índice de desenvolvimento humano municipal. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2815–2824, 2016.
- GUADALUPE MEDINA, M. et al. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? *Cadernos de Saude Publica*, v. 36, n. 8, 2020.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: UNICAMP, 2011.
- HARTZ, Z.A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- HARZHEIM, E. et al. Federal actions to support and strengthen local efforts to combat COVID-19: Primary health care (PHC) in the driver’s seat. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 25, p. 2493–2497, 2020.
- HÊIDER, Aurélio Pinto; MOZART, Julio Tabosa Sales; OLIVEIRA, Felipe Proenço De; BRIZOLARA, Regina; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. p. 105–120, 2014.
- HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, v. 395, n. 10223, p. 497–506, 2020.
- IYANDA, O. F.; AKINYEMI, O. O. Our chairman is very efficient: Community participation in the delivery of primary health care in Ibadan, Southwest Nigeria. *Pan African Medical Journal*, v. 27, p. 1–14, 2017.

- KAFER, Mônica Cruz. Avaliação dos efeitos da implantação do Programa Equipe de Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia Legal. 2016. xiv, 134 f., il. Dissertação (Mestrado em Administração) — Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- KELEHER, H. Why primary health care offers a more comprehensive approach to tackling health inequities than primary care. *Australian Journal of Primary Health*, v. 7, n. 2, p. 57–61, 2001.
- KEZH, N. H. DE P.; BÓGUS, C. M.; MARTINS, C. L. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. *Saude e Sociedade*, v. 25, n. 4, p. 950–963, 2016.
- LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 52–66, 2018.
- LISBOA, E. A. et al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 3, p. 679–698, 2016.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. *Saúde e Cidadania*, p. 241, 1998.
- MAS BERMEJO, P. et al. Equidad y respuesta del Sistema Nacional de Salud de Cuba ante la COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. 1, 2020.
- MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. DE. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 1033–1043, 2015.
- MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018.
- MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, p. 900–916, 2014.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2011.
- MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 984–996, 2016.

MONTEMERLI, R. Os desafios da Itália na emergência do coronavírusOs desafios da Itália na emergência do CoronavírusIl sfide il Italia in emergenza di coronavirusLos desafíos de Italia en la emergencia del coronavirusItaly's challenges in the emergence of the Coronavirus. Espaço e Economia, n. 17, p. 0–15, 2020.

MOREIRA, Daniel Augusto. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MOTTA, P R. M.. O Estado Da Arte Da Gestão Pública. Revista de Administração de Empresas, v. 53, n. 1, p. 82–90, 2013.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde TT - Primary health care: the structure of units as a component of health care. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, p. s69–s81, 2010.

NATAL, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Cad. saúde colet., (Rio J.), v. 18, n. 4, 2010.

NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Avaliação da Gestão da Atenção Básica em Santa Catarina. Apresenta o projeto e permite que os municípios tenham acesso aos formulários e relatórios da avaliação. 2007

NILO, B. J. et al. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. p. 89, 2020.

NOGUEIRA, R. Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde. v. 10. 2002.

NUSSBAUMER-STREIT, B. et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2020, n. 9, 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al.Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 16, n.12. 2011.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Manutenção de serviços essenciais de saúde: orientação operacional para o contexto da COVID-19: orientação provisória, 1o de junho de 2020. Genebra; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>, acessado em 25 de outubro de 2020)

OMS, Organização Mundial da Saúde. Diretrizes sobre os principais componentes dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de unidades de saúde agudas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-components-guidelines/en/>, acessado em 18 de outubro de 2020).

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, v. 38, n. special, p. 358–372, 2014.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018.

PRADO, N. M. et al. The international response of primary health care to COVID-19: Document analysis in selected countries. *Cadernos de Saude Publica*, v. 36, n. 12, 2020.

RAMOS, A. R. et al. COVID-19: repercussões para enfermagem, estruturação e resolutividade de sistemas nacionais de saúde. v. 42, p. 1–14, 2021.

RESENDE, T. C. et al. How did the UK government face the global COVID-19 pandemic? *Revista de Administracao Publica*, v. 55, n. 1, p. 72–83, 2021.

ROBERTO, C.; CARLOS, L.; MAGALHÃES, G. DE. Medidas de enfrentamento dos efeitos econômicos da pandemia COVID-19: Panorama internacional e análise dos casos dos Estados Unidos, do Reino Unido e da Espanha. 2020.

ROMERO, R. R.V.; MENDOZA, D. C. R.; MARTUFI, V. Lecciones de Cuba el control y prevención de la pandemia por COVID-19 desde el papel de la Atención Primaria en Salud. *Aps Em Revista*, v. 3, n. 1, p. 16–23, 2021.

SANDER, B. *Gestão da Educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento*. Campinas: Autores Associados, 1995.

SEGALINI, A. M. et al. Valoración de la atención primaria de la salud en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud

(estudio de corte transversal) ASSESSMENT OF PRIMARY HEALTH CARE'S FUNCTIONS IN A HEALTH CEN. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*, v. 37, p. 4–9, 2017.

SILVA, D. A. J. DA; TAVARES, M. DE F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 111, p. 193–205, 2017.

SILVA, J. M. DA; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1187–1193, 2010.

SOUTO, K. M. B. et al. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *Saúde em Debate*, v. 40, n. spe, p. 49–62, 2017.

SOUZA, C. D. F. DE et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Brazilian Oral Research*, v. 34, p. 1–3, 2020.

SOUZA, Silva EVS, Silva NO. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde Soc.* 2013; 22(1):44-56.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O.Y.; MELO C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO F. J. (org). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 121-136.

VIERA, J. M. R.; GARNELO, L.; HORTALE, V. A. Análise da Atenção Básica em Cinco Municípios da Amazônia Ocidental, com Ênfase no Programa Saúde da Família. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.4, p.852-865, 2010

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. O conceito “Intersetorialidade”: Contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. *Saude e Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 142–153, 2014.

WHO. A timeline of WHO's response to COVID-19 in the WHO European Region. v. 2, n. September, p. 14–15, 2020a.

WHO. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: WHO/2019-nCoV/Community\_Actions/2020.3. n. March, p. 1–3, 2020b.

WHO. The Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Reprt-95. World Health Organization, v. 2019, n. March, 2020c.

WHO. World Health Organization. Role of community engagement in situations of extensive Community transmission of COVID-19. [acesso em 2020 maio 16]. Disponível em: <https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/14521/WPR-DSE-2020-016-eng.pdf>.

WHO. World Health Organization. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. [acesso em 2020 jul 4]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331975/WHO-2019-nCoV-Comm\\_health\\_care-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331975/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1-eng.pdf).

ZHANG, S. et al. COVID-19 containment: China provides important lessons for global response. *Frontiers of Medicine*, v. 14, n. 2, p. 215–219, 2020a.

ZHANG, Y. et al. Hospital response to the COVID-19 outbreak: The experience in Shanghai, China. *Journal of Advanced Nursing*, v. 76, n. 7, p. 1483–1485, 2020b.

ZHOU, G.; CHEN, S.; CHEN, Z. Advances in COVID-19: the virus, the pathogenesis, and evidence-based control and therapeutic strategies. *Frontiers of Medicine*, v. 14, n. 2, p. 117–125, 2020.

ZHU, N. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 8, p. 727–733, 2020.